

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS
2004-2005

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Impreso en Ginebra, 2006

ÍNDICE

Prólogo del Director General *v*

Panorama general *1*

Evaluación de la ejecución por área de trabajo

- Vigilancia de las enfermedades transmisibles *13*
- Prevención, erradicación y control de las enfermedades transmisibles *18*
- Investigación y desarrollo de productos para enfermedades transmisibles *24*
- Paludismo *29*
- Tuberculosis *36*
- Vigilancia, prevención y manejo de las enfermedades no transmisibles *41*
- Tabaco *48*
- Promoción de la salud *53*
- Traumatismos y discapacidades *59*
- Salud mental y abuso de sustancias *65*
- Salud del niño y del adolescente *70*
- Desarrollo de investigaciones y programas sobre salud reproductiva *75*
- Reducir los riesgos del embarazo *80*
- Salud de la mujer *83*
- VIH/SIDA *87*
- Desarrollo sostenible *93*
- Nutrición *99*
- Salud y medio ambiente *103*
- Inocuidad de los alimentos *108*
- Preparación y respuesta frente a emergencias *112*
- Medicamentos esenciales: acceso, calidad y uso racional *119*
- Inmunización y desarrollo de vacunas *126*
- Seguridad de la sangre y tecnología clínica *134*
- Pruebas científicas para las políticas de salud *142*
- Gestión y difusión de la información sanitaria *150*
- Política y promoción de las investigaciones *157*
- Organización de los servicios de salud *162*
- Órganos deliberantes *169*
- Movilización de recursos, y cooperación externa y lazos de asociación *172*
- Planificación, vigilancia y evaluación de programas *177*
- Desarrollo de los recursos humanos *181*
- Presupuesto y gestión financiera *186*
- Servicios de infraestructura y de informática *191*
- Director General, Directores Regionales y funciones independientes *196*
- Presencia de la OMS en los países *199*
- Varios *204*
 - Cobertura del riesgo cambiario *204*
 - Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles *204*
 - Fondo para la Tecnología de la Información *205*
 - Fondo para Cuestiones de Seguridad *205*

PRÓLOGO

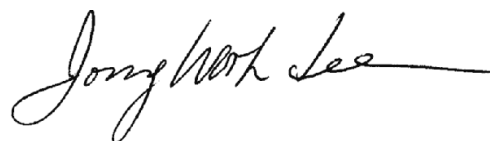
Evaluar el desempeño es esencial para juzgar los progresos realizados y orientarlos correctamente. En la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2004-2005 que se consigna en el presente informe se ofrece una valiosa panorámica de los logros alcanzados durante el bienio. Asimismo, se indican las mejoras que habría que introducir en el bienio próximo, y más adelante.

Para cuantificar los logros y los fracasos, en cada área de trabajo se señalan los resultados previstos. La medida en que se han alcanzado esas expectativas constituye un importante indicador del desempeño. Cuando la evaluación muestra que los resultados no llegan a lo esperado, se determinan las razones, se articulan las lecciones extraídas y se proponen los planteamientos que se podría aplicar en 2006-2007.

La Secretaría sigue respetando estrictamente los principios de transparencia y rendición de cuentas a sus Estados Miembros. En el presupuesto por programas se daba prioridad a la creación de capacidad para mejorar los resultados sanitarios, a la respuesta en caso de brotes y de emergencias, a los determinantes de la salud, y al fortalecimiento de los sistemas de salud. Numerosos eventos registrados a lo largo del bienio han reforzado la idoneidad de esas prioridades.

La OMS ha tenido que responder a diversas catástrofes naturales y crisis, en particular los terremotos y maremotos registrados en el Océano Índico en diciembre de 2004 y la crisis humanitaria de la región de Darfur, en el Sudán. Hemos colaborado con la comunidad internacional para promover la toma de conciencia y movilizar el apoyo a la planificación de la preparación para combatir la amenaza de una pandemia de gripe después de la rápida propagación mundial de la gripe aviar hiperpatógena por H5N1 entre aves salvajes y domésticas. En octubre de 2005 presentamos el primer informe mundial sobre prevención de enfermedades crónicas,¹ para señalar a la atención el número de vidas humanas que se cobran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, y la función social que los determinantes de la salud desempeñan en su prevención. La reintroducción de poliovirus salvaje procedente de Nigeria en países que estaban exentos de poliomielitis desencadenó la aplicación de medidas de control de emergencia a lo largo de África, incluida una campaña para vacunar a 100 millones de niños en 23 países africanos. La respuesta a esos eventos puso a prueba la capacidad de nuestras oficinas regionales y en los países.

En el presente informe se ofrece una visión de la labor de la Organización. Otras visiones, importantes y complementarias, se plasman en publicaciones anuales tales como los informes sobre la salud en el mundo, el informe del Director General,² y las estadísticas sanitarias mundiales.³ En conjunto, ofrecen una imagen completa de la labor de la Organización y de los progresos que registra la salud mundial.



LEE Jong-wook
Director General

Ginebra, abril de 2006

¹ *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² *2004 - Reseña del año OMS: informe del Director General*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

³ *World health statistics 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

PANORAMA GENERAL

El presente documento ofrece una reseña de los resultados alcanzados durante el bienio 2004-2005 y de las limitaciones y desafíos clave. La evaluación de la ejecución del presupuesto por programas para 2004-2005 forma parte del marco de la OMS para la gestión basada en los resultados y la rendición de cuentas. El presupuesto por programas se ejecutó sobre la base del criterio de «hacer lo correcto, en los lugares apropiados, y de la manera adecuada», observando el principio general de trabajar con los países y fortalecer la capacidad nacional.

El bienio 2004-2005 se caracterizó por un aumento de las exigencias sobre los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados que trabajan en la esfera de la salud mundial. Los numerosos desafíos que se debieron afrontar incluyeron la necesidad de fortalecer los sistemas de salud; proporcionar acceso a los medicamentos al creciente número de personas con VIH/SIDA, tuberculosis y malaria; responder a las reiteradas amenazas de enfermedades transmisibles y situaciones de emergencia nuevas, emergentes y existentes; acelerar los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluido el mejoramiento de la salud materno-infantil; dar respuesta a la creciente carga de morbilidad derivada de enfermedades no transmisibles y trastornos mentales; reconocer los vínculos entre la pobreza y la enfermedad; y conocer las repercusiones de los determinantes ambientales y sociales sobre el desarrollo sanitario.

En este bienio se realizaron importantes progresos en lo que concierne al apoyo de la OMS a los esfuerzos de los Estados Miembros por superar algunos de esos desafíos. Las medidas adoptadas incluyeron la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovirales contra el VIH/SIDA en el marco de la iniciativa «tres millones para 2005»; progresos hacia la erradicación de la poliomielitis; adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005); y aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Durante el bienio, el mundo atravesó varias crisis importantes, entre ellas los terremotos y maremotos del Océano Índico, el terremoto de Asia meridional, la crisis de Darfur (Sudán) y la nueva amenaza de gripe aviar.

En su labor orientada al logro de los objetivos de salud, la Organización continúa colaborando con otros asociados, incluidos los de la sociedad civil y el sector privado, y se esfuerza por desempeñar una función eficaz en el sistema de las Naciones Unidas: la OMS siguió forjando alianzas creativas e innovadoras con los diversos agentes clave en la esfera del desarrollo humano y la seguridad sanitaria.

Se multiplicaron las peticiones a la Organización para que trabajara de forma tal que permitiera maximizar los efectos de sus actividades, mediante una mejor cohesión entre los equipos en los países, las oficinas regionales y los departamentos de la Sede. Esto exigió a la OMS mayor eficacia, eficiencia, responsabilidad, transparencia y receptividad ante un mundo cambiante. En cuanto a la Secretaría, en el bienio 2004-2005 se introdujeron reformas orientadas a fortalecer su eficiencia y eficacia.

Los logros de la Organización en este bienio se presentan bajo cinco epígrafes, a saber: Mejoramiento de los resultados sanitarios; Respuesta ante brotes y situaciones de emergencia; Examen de los determinantes de la salud; Fortalecimiento de los sistemas de salud; y Atención centrada en la gestión basada en los resultados.

Mejoramiento de los resultados sanitarios

La iniciativa de la OMS y el ONUSIDA «tres millones para 2005», cuyo objetivo consiste en proporcionar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas portadoras del VIH/SIDA para el final de 2005, ha demostrado claramente que es posible suministrar ese tratamiento en condiciones de recursos limitados, y ampliar considerablemente el acceso al tratamiento sobre la base de principios de salud pública, en algunos de los países más pobres y más afectados. El número de personas que están recibiendo tratamiento antirretroviral en países de bajos y medianos ingresos aumentó de 400 000 registrados en diciembre de 2003, a más de 1,3 millones en diciembre de 2005. La OMS mantiene su compromiso de lograr el acceso universal.

En el bienio 2004-2005 se notificaron 3205 casos de poliomielitis en 24 países (en comparación con los 2401 casos registrados en 16 países en el bienio 2002-2003). En enero de 2004, los ministros de salud de los países que aún registran casos de poliomielitis firmaron la Declaración de Ginebra sobre la Erradicación de la Poliomielitis, en virtud de la cual se comprometen a intensificar y completar en todo el mundo las actividades de erradicación. Más de 25 países de África, el Oriente Medio y Asia restablecieron campañas generales de inmunización contra la poliomielitis, ya sea para frenar o prevenir, en el ámbito nacional e internacional, la propagación de una epidemia originada en el norte de Nigeria. Según las estimaciones, las muertes por sarampión ocurridas en todo el mundo disminuyeron de 871 000 registradas en 1999 a 454 000 en 2004, o sea, una reducción del 48%. Esos progresos pueden atribuirse parcialmente a la aplicación de la Estrategia General de la OMS y el UNICEF para la reducción sostenible de la mortalidad por sarampión, por parte de los países más afectados, especialmente de África, donde las muertes por sarampión disminuyeron en un 60%.

En mayo de 2004, mediante la resolución WHA57.12, la Asamblea de la Salud manifestó su respaldo a la estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva. Se publicaron y difundieron en diferentes regiones y países instrumentos normativos y directrices sobre salud reproductiva basados en pruebas fehacientes. La interrelación clínica entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA se ha convertido en el centro de la atención de la OMS en la esfera de la salud reproductiva.

Se proporcionó asistencia técnica a los países con el fin de aumentar su capacidad para mejorar la calidad de la atención, fortalecer el acceso equitativo de las madres y los recién nacidos a los servicios de salud, y promover la utilización de esos servicios. Se elaboraron directrices para apoyar la atención integrada del embarazo y el parto, y se revisó la documentación relativa al mejoramiento del acceso a la atención de calidad en materia de planificación de la familia, a fin de incorporar los últimos avances científicos.

Se prestó apoyo a 32 países para que pusieran en práctica las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Gracias al apoyo de la OMS, un número cada vez mayor de países están adoptando intervenciones clave para la supervivencia infantil; 67 países han ampliado la cobertura geográfica de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia; 39 países están aplicando la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, y siete países están aplicando el enfoque estratégico de la OMS relativo al VIH y los jóvenes.

En 2005 se elaboró una nueva estrategia para detener la tuberculosis (Alto a la Tuberculosis) concebida en consonancia con el DOTS; el Servicio Mundial de Adquisición de Medicamentos de la alianza mundial Alto a la Tuberculosis suministró más de 2,4 millones de tratamientos para pacientes de 65 países. La primera vacuna experimental contra la tuberculosis pasó de la fase de desarrollo preclínico a la evaluación clínica en seres humanos, y los primeros resultados científicos permiten albergar la esperanza de que en el plazo de los próximos 10 años se pueda introducir una nueva vacuna eficaz contra la tuberculosis.

La OMS adquirió y distribuyó 1,3 millones de mosquiteros tratados con insecticida, para proteger de los mosquitos que transmiten la malaria a unos 2,5 millones de personas vulnerables. Otros asociados y países adquirieron y distribuyeron decenas de millones de mosquiteros. Durante el bienio, otros 29 países endémicos comenzaron a utilizar el tratamiento de combinación basado en la artemisinina, lo que eleva a 52 el total de países que utilizan este tratamiento. En 2005, los países endémicos adquirieron 30 millones de dosis, mientras que en 2004 adquirieron sólo cuatro millones.

En lo que respecta a la dracunculosis, entre 2003 y 2005 el número de países endémicos se redujo de 13 a nueve. Se firmó un memorando de entendimiento con el fabricante de un tratamiento multimedicamentoso contra la lepra, por el cual se garantiza hasta el final de 2010 el suministro gratuito de ese tratamiento en todo el mundo. Se elaboró una estrategia integrada de lucha antivectorial en el contexto de la salud pública y, por primera vez, se utilizaron vacunas orales contra el cólera en el marco de intervenciones humanitarias en Darfur meridional y en la provincia de Aceh (Indonesia) afectada por el maremoto. Comenzaron los ensayos clínicos en vo-

luntarios adultos, de la vacuna antimeningocócica conjugada para el grupo A, lo que permite aumentar las perspectivas de eliminación de la epidemia de meningitis en el cinturón de la meningitis de África.

Respuesta ante brotes y situaciones de emergencia

En virtud de la resolución WHA58.3, la Asamblea de la Salud adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (2005), que proporciona un marco de alerta y respuesta mundiales para responder a las emergencias de salud pública y fortalecer las capacidades nacionales básicas. Se intensificaron las operaciones de alerta y respuesta de la OMS ante epidemias, se amplió la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y comenzó a funcionar plenamente el Centro Estratégico de Operaciones Sanitarias de la OMS. La Organización ejerció un eficaz liderazgo en lo concerniente a vigilancia, evaluación de riesgos, investigación científica, fortalecimiento de la capacidad, respuesta operacional ante la nueva amenaza de gripe aviar y preparación sistemática para una eventual pandemia de gripe.

El bienio estuvo marcado por una serie de desastres naturales, de los cuales el más importante fue el provocado el 26 de diciembre de 2004 por los terremotos y los maremotos del Océano Índico, que desencadenaron una respuesta internacional sin precedentes y plantearon desafíos logísticos extraordinarios a la OMS y sus asociados. Asimismo, la OMS prestó ayuda rápidamente al Gobierno del Pakistán tras el devastador terremoto ocurrido en Asia meridional. Además de apoyar inmediatamente los esfuerzos de socorro de emergencia destinados a responder a esas emergencias, la OMS contribuyó a rehabilitar los servicios de salud materno-infantil. Otros logros incluyen la encuesta de salud llevada a cabo por la OMS en el Sudán, en agosto de 2004, que fue esencial para poner la crisis de Darfur en el centro de la atención internacional.

Examen de los determinantes de la salud

El 27 de febrero de 2005, la entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco marcó un hito histórico. En noviembre de 2005, el Convenio fue objeto de su centésima ratificación, lo que supone un jalón para la comunidad internacional de la salud.

El Protocolo sobre agua y salud de la Convención de 1992 sobre la protección y utilización de los cursos de agua transfronterizos y lagos internacionales, elaborado conjuntamente por la OMS y la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas, es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante para luchar contra las enfermedades relacionadas con el agua. El Protocolo entró en vigor el 4 de agosto de 2005, y al 31 de diciembre de 2005 lo habían firmado 17 Partes. Con el ánimo de marcar el comienzo del Decenio Internacional para la Acción, «El agua, fuente de vida», 2005-2015, la OMS y el UNICEF publicaron un informe destinado a promover los esfuerzos por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos al agua potable y saneamiento básico. El informe, que señala los problemas aún no resueltos, fue recibido internacionalmente como una contribución fundamental para promover el acceso de miles de millones de personas muy expuestas a los riesgos de contraer enfermedades relacionadas con el agua, al agua potable y a los servicios de saneamiento.

La Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) de la OMS se estableció con el fin de minimizar las consecuencias derivadas de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos; la Red incluye un componente de emergencia, y en ella participan 145 Estados Miembros. Para facilitar una mayor participación de países en desarrollo en la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, la OMS y la FAO han creado el Fondo Fiduciario del Codex, y hasta el final de 2005 habían logrado movilizar US\$ 4 millones para ese Fondo.

En el marco de la resolución WHA57.17, la Asamblea de la Salud adoptó la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. La publicación de un informe de la OMS sobre prevención

de enfermedades crónicas¹ señaló el comienzo de una importante iniciativa orientada a aumentar la sensibilización acerca de la creciente epidemia mundial de enfermedades crónicas.

Un estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, completado en 2005, revela que la violencia contra la mujer está generalizada y conlleva consecuencias de salud de largo alcance. El estudio se basa en datos obtenidos en más de 24 000 entrevistas realizadas a mujeres de 10 países.

En la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, el Director General anunció la formación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que se encargará de abordar los factores sociales que tienen repercusiones en la salud. Además, la OMS coordinó las aportaciones técnicas y la elaboración de un informe internacional sin precedentes² sobre los complejos vínculos que existen entre la preservación de ecosistemas naturales sanos y biológicamente diversos y la salud humana. El informe es una contribución a la más amplia Evaluación de Ecosistemas del Milenio, una serie de estudios e informes realizados durante cuatro años por más de 1300 científicos, en los que se examinan los efectos pasados, presentes y futuros sobre el bienestar humano.

Fortalecimiento de los sistemas de salud

En la reunión organizada por la OMS bajo el título Montreux Challenge: Making Health Systems Work, los representantes de importantes programas e iniciativas sobre sistemas de salud, organismos de financiamiento, expertos en sistemas sanitarios y organismos normativos gubernamentales procuraron llegar a un acuerdo sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud, e identificar medios para armonizar los enfoques concernientes a enfermedades específicas, y otros más generales relativos al desarrollo de los sistemas de salud. Además, esbozaron una hoja de ruta destinada a promover diferentes elementos de este programa con el fin de superar las limitaciones más graves de los sistemas de salud y acelerar los progresos hacia el logro de los objetivos mundiales de salud.

La crisis que afecta a los recursos humanos para la salud se abordó como una cuestión de alta prioridad en el programa del Foro de alto nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (París, noviembre de 2005), coordinado por la OMS y el Banco Mundial, en el que participaron ministros y altos funcionarios de países en desarrollo, jefes de organismos bilaterales y multilaterales y otros asociados. Los participantes coincidieron en la necesidad de forjar una alianza mundial, en la que la OMS desempeñaría una función vital, dedicada a solucionar la crisis de recursos humanos para la salud.

En la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, celebrada en la ciudad de México en noviembre de 2004, se realizaron progresos en lo concerniente al programa de la OMS sobre política y promoción de las investigaciones; en esa ocasión, los ministros de salud y otros representantes de 58 países instaron a todas las naciones a asumir un mayor compromiso en lo que atañe a la investigación en materia de salud.

Durante el bienio, se forjó una nueva alianza llamada Red de Sanimetría con sede en la OMS. Su objetivo consiste en aumentar la disponibilidad y utilización de información sanitaria oportuna y fiable, facilitando el financiamiento y desarrollo de sistemas de información sanitaria básica en países en desarrollo. También en 2005, se estableció la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos, que reúne registros de ensayos clínicos de todo el mundo en una red mundial, y establece un conjunto de normas internacionales que deben cumplir los registros.

En lo que atañe a la armonización internacional de la reglamentación de dispositivos médicos, la mayor cooperación con la Global Harmonization Task Force ha fortalecido el acceso del público a la información sobre

¹ *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² *Ecosystems and Human Well-being: Health Synthesis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

la vigilancia poscomercialización, y consiguientemente ha reforzado la seguridad del paciente. Se elaboraron y promovieron nuevas normas biológicas de la OMS concernientes a los productos sanguíneos, las sustancias biológicas relacionadas y los procedimientos de diagnóstico *in vitro*.

Con el fin de abordar cuestiones de preocupación relativas a trasplantes de células, tejidos y órganos desde una perspectiva mundial, se creó una red mundial de partes interesadas; se elaboraron los primeros documentos de orientación global, que incluyen asesoramiento en materia de trasplantes, y se puso en marcha una base de conocimientos globales sobre trasplantes. La precalificación de la OMS de proveedores y de productos para tratar el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria se convirtió en un importante programa mundial. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como el Banco Mundial, utilizan la lista de productos precalificados para orientar las decisiones concernientes a las compras de medicamentos, y también lo están haciendo de manera creciente los Estados Miembros, los programas nacionales de tratamiento y las organizaciones no gubernamentales. El programa se ha ampliado con el fin de abarcar la precalificación de ingredientes farmacéuticos activos y laboratorios de control de la calidad.

Se realizaron actividades de apoyo directo, que incluyeron el suministro de asistencia técnica y asesoramiento sobre derechos de propiedad intelectual y acuerdos comerciales a los países. La OMS continuó su colaboración con la OMC y emprendió actividades en cooperación con el UNICEF, el PNUD, el ONUSIDA y el Fondo Mundial, con el fin de asegurar la coherencia de los trabajos y la capacitación en materia de derechos de propiedad intelectual y adquisición de medicamentos. Además, la OMS apoyó la participación en reuniones regionales y talleres de capacitación sobre esos temas, organizados por la OMC en África y América Latina.

Atención centrada en la gestión basada en los resultados

Durante el bienio se redoblaron los esfuerzos orientados a fortalecer la eficiencia y eficacia de la OMS para apoyar la ejecución de programas y mejorar los resultados sanitarios. El fortalecimiento del marco de gestión de la OMS basada en los resultados supuso un logro importante que abarcó algunos trabajos esenciales concernientes al Undécimo Programa General de Trabajo, y la preparación de un plan estratégico a medio plazo. Esto dio lugar a una planificación operacional más eficaz, una mejor vigilancia del desempeño y una atención más centrada en los resultados.

Se mejoró la gestión de los recursos financieros mediante la vigilancia regular y la presentación de informes sobre la situación de esos recursos en toda la Organización, haciendo hincapié en una mayor transparencia, y mediante una participación más amplia, a nivel interno con todos los programas técnicos, y en el plano externo con los asociados, destinada a asegurar una mejor alineación de los recursos con el presupuesto por programas.

Se realizaron progresos en la aplicación de las ambiciosas reformas del sector de los recursos humanos, que incluyeron la adopción de un modelo sobre la competencia del personal de la OMS a nivel mundial, el establecimiento de un fondo para el desarrollo del personal y la preparación de un programa de liderazgo para altos directivos.

Durante el bienio se procuró, con carácter prioritario, dar una respuesta más amplia y eficaz a las necesidades de los países: por ejemplo, todas las oficinas de la OMS en los países de la Región de África están conectadas actualmente a la Red Privada Mundial de la OMS, y el número de estrategias de cooperación en los países asciende a 130. La aplicación del sistema mundial de gestión proporciona apoyo para introducir muchas de las reformas en curso; este esfuerzo, realizado en todo el ámbito de la Organización, ha cobrado impulso tras la selección del programa informático y los integradores de sistemas.

Limitaciones y desafíos

Aunque los logros son muchos, incluso en algunas áreas más de los inicialmente previstos, ciertas limitaciones obstaculizan la aplicación y limitan el logro de los objetivos relativos al mejoramiento de los resultados sanitarios. En muchos países, la debilidad de los sistemas de salud, incluidas las deficiencias en los actuales mecanismos de gestión y abastecimiento de medicamentos y elementos para diagnóstico, la inadecuada infraestructura de laboratorio y la limitada capacidad de los recursos humanos en todos los niveles, continúa dificultando el progreso hacia el mejoramiento de las condiciones de salud. Esas limitaciones están determinadas principalmente por la falta total de consenso entre las diversas partes interesadas acerca de las estrategias más apropiadas para fortalecer los sistemas de salud; la limitada capacidad de los países para afianzar sus sistemas de salud; y el escaso apoyo técnico y financiero proporcionado a esos países para tales actividades.

Algunos aspectos del programa sobre salud sexual y reproductiva exigían ampliar la planificación, lograr un consenso y adaptar la metodología de los enfoques propuestos, lo que obligó a prolongar el calendario de actividades.

Si bien durante el bienio se realizaron importantes progresos, la Secretaría deberá afrontar desafíos en sus trabajos en los programas, las oficinas regionales y en los países, y la Sede. A fin de obtener los resultados necesarios, es preciso mejorar la planificación de los recursos humanos y asegurar que las personas idóneas, con las aptitudes necesarias, se encuentren en el lugar apropiado. Los conocimientos técnicos especializados son limitados en algunas áreas, tanto en el ámbito regional como en los países. La calidad y el grado de las competencias del personal de la OMS siguen siendo desiguales y requieren mayor atención. A pesar de las mejoras en cuanto a la rapidez y a la manera en que la Organización pudo responder a emergencias tales como el maremoto en Asia sudoriental o el terremoto en Asia meridional, los procesos administrativos, que a veces son engorrosos y burocráticos, retrasaron el desarrollo de las operaciones. Las enseñanzas se deben integrar mejor en los procesos a fin de mejorar los métodos de trabajo. Es preciso realizar otros esfuerzos que permitan utilizar los recursos más eficiente y eficazmente, en consonancia con los resultados mencionados en el presupuesto por programas.

Los estrechos vínculos entre algunos elementos de la reforma plantean un importante desafío en relación con los trabajos de la Secretaría en esa esfera. Por ejemplo, los retrasos en la aplicación de la política de movilidad y rotación se deben a las mejoras aún pendientes en lo que atañe a la planificación de recursos humanos en toda la Organización. Algunas de las reformas planeadas en la OMS están relacionadas con reformas más amplias en el sistema de las Naciones Unidas, tanto en el plano mundial como local. Ciertas áreas específicas de particular interés para la OMS en el bienio 2006-2007 incluirán el fortalecimiento de la gestión del desempeño de los recursos humanos, el mejoramiento de la coordinación de los recursos (por ejemplo, movilización y gestión de contribuciones voluntarias en toda la Organización), la cooperación más dinámica con asociados clave, la ejecución de planes para fortalecer la capacidad de la OMS en los países, el afianzamiento de los mecanismos de comunicación interna, y la eficacia en el desarrollo del sistema mundial de gestión.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA 2004-2005

En el ejercicio 2004-2005 los gastos totales ascendieron a US\$ 2729 millones, o sea, un 33% más que en el ejercicio 2002-2003, y un 97% de la suma presupuestada.

**Cuadro 1: Gastos totales
(en millones de US\$)**

PRESUPUESTO ORDINARIO				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAÍSES	318	38	330	38
REGIONES	235	28	234	27
MUNDIAL	277	34	307	35
TOTAL	830	100	871	100

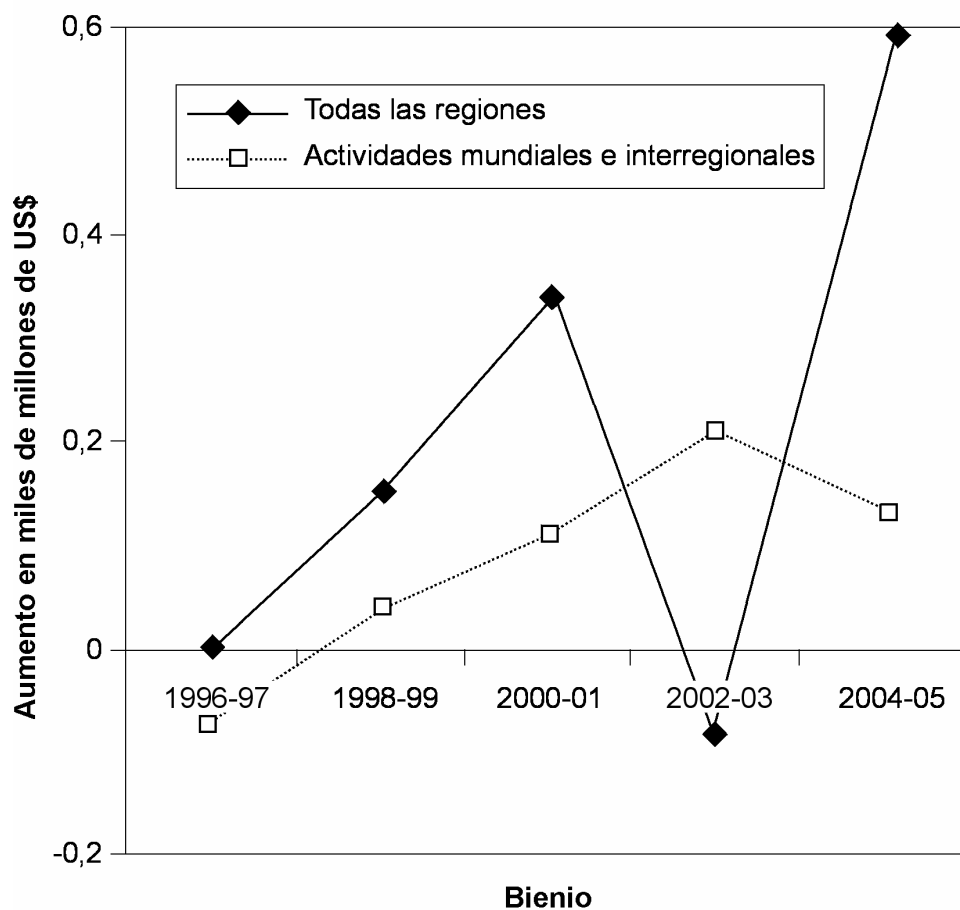
OTRAS FUENTES				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAÍSES	369	25	731	34
REGIONES	374	25	585	27
MUNDIAL	744	50	845	39
TOTAL	1 487	100	2 161	100

TODAS LAS FUENTES				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAÍSES	687	30	1 061	35
REGIONES	609	26	819	27
MUNDIAL	1 021	44	1 152	38
TOTAL¹	2 317	100	3 032	100
Supresiones	267		303	
TOTAL deducidas las supresiones	2 050		2 729	

El bienio 2004-2005 supuso un cambio en la orientación de los trabajos de la Organización, que se centraron principalmente en los países y las regiones. El gráfico 1 refleja las diferencias entre el bienio 2004-2005 y el bienio 2002-2003 en lo que concierne a los gastos correspondientes a las regiones y la Sede. Por primera vez se ha interrumpido la tendencia a los abultados incrementos en la Sede, lo que facilita considerablemente el logro del objetivo de distribuir los recursos entre los países/las regiones y la Sede en una proporción de 70-30.

¹ Se transfirieron fondos del presupuesto ordinario al Fondo para la Tecnología de la Información, al Fondo para Cuestiones de Seguridad y al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, y de la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios al Fondo para la Tecnología de la Información y al Fondo para Cuestiones de Seguridad. Las sumas transferidas se consignan como gastos en el presupuesto ordinario y en la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios. Las sumas transferidas se consignan como ingresos en el Fondo para la Tecnología de la Información, el Fondo para Cuestiones de Seguridad y el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y, en última instancia, como gastos en consonancia con las actividades realizadas en esas áreas. Este procedimiento contable es necesario para mantener la integridad de cada uno de los fondos, si bien ciertamente da lugar a la duplicación de gastos en la columna del total.

Gráfico 1. Incremento en los gastos con respecto al bienio anterior para “Todas las regiones” y “Actividades mundiales e interregionales”



WHO 06.55

Los gastos totales ascendieron aproximadamente al 97% del total aprobado para el presupuesto por programas. Sin embargo, como se indica en el cuadro 2, la cifra total oculta discrepancias considerables entre las diferentes áreas de trabajo. Nueve de las 35 áreas de trabajo sustantivas utilizaron el 75% o menos de sus presupuestos aprobados. En la mayoría de los casos, ello obedeció a la inflexibilidad en el financiamiento de la Organización, que dificultó el financiamiento directo de áreas de máxima necesidad. Por el mismo motivo se registraron diferencias en cada área de trabajo.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

**Cuadro 2: Resumen del presupuesto y el gasto por áreas de trabajo - todas las oficinas
Ejercicio financiero 2004-2005**

Área de trabajo	Total (en miles de US\$)		
	Presupuesto por programas	Gastos	%
Vigilancia de las enfermedades transmisibles	94 600	100 961	107
Prevención, erradicación y control de las enfermedades transmisibles	134 286	100 769	75
Investigación y desarrollo de productos para enfermedades transmisibles	114 468	74 186	65
Paludismo	126 140	156 669	124
Tuberculosis	124 531	152 492	123
Vigilancia, prevención y manejo de las enfermedades no transmisibles	37 480	41 355	110
Tabaco	20 483	17 715	87
Promoción de la salud	48 164	39 933	83
Traumatismos y discapacidades	17 633	13 227	75
Salud mental y abuso de sustancias	23 856	20 675	87
Salud del niño y del adolescente	67 349	54 032	80
Desarrollo de investigaciones y programas sobre salud reproductiva	67 070	62 299	93
Reducir los riesgos del embarazo	38 711	22 873	59
Salud de la mujer	15 094	8 583	57
VIH/SIDA	218 116	126 106	58
Desarrollo sostenible	28 840	31 008	108
Nutrición	20 526	17 407	85
Salud y medio ambiente	86 946	77 625	89
Inocuidad de los alimentos	22 453	14 059	63
Preparación y respuesta frente a emergencias	119 037	247 375	208
Medicamentos esenciales: acceso, calidad y uso racional	51 447	49 956	97
Inmunización y desarrollo de vacunas	437 146	688 255	157
Seguridad de la sangre y tecnología clínica	24 635	22 228	90
Pruebas científicas para las políticas de salud	80 606	59 167	73
Gestión y difusión de la información sanitaria	46 162	49 302	107
Política y promoción de las investigaciones	20 217	13 943	69
Organización de los servicios de salud	159 966	145 935	91
Órganos deliberantes	27 791	28 362	102
Mobilización de recursos, y cooperación externa y lazos de asociación	38 264	28 736	75
Planificación, vigilancia y evaluación de programas	11 326	10 431	92
Desarrollo de los recursos humanos	34 912	37 881	109
Presupuesto y gestión financiera	43 841	43 659	100
Servicios de infraestructura y de informática	174 715	190 147	109
Director General, Directores Regionales y funciones independientes	28 670	35 613	124
Presencia de la OMS en los países	148 630	161 434	109
Áreas de trabajo sustantivas: total	2 754 111	2 944 397	
Varios			
Cobertura del riesgo cambiario	20 000	14 550	
Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles	6 000	11 851 ¹	

¹ Se transfirieron fondos del presupuesto ordinario al Fondo para la Tecnología de la Información, al Fondo para Cuestiones de Seguridad y al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, y de la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios al Fondo para la Tecnología de la Información y al Fondo para Cuestiones de Seguridad. Las sumas transferidas se consignan como gastos en el presupuesto ordinario y en la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios. Las sumas transferidas se consignan como ingresos en el Fondo para la Tecnología de la Información, el Fondo para Cuestiones de Seguridad y el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y, en última instancia, como gastos en consonancia con las actividades realizadas en esas áreas. Este procedimiento contable es necesario para mantener la integridad de cada uno de los fondos, si bien ciertamente da lugar a la duplicación de gastos en la columna del total.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Área de trabajo	Total (en miles de US\$)		
	Presupuesto por programas	Gastos	%
Fondo para la Tecnología de la Información	35 000	41 943	¹
Fondo para Cuestiones de Seguridad	9 000	19 215	¹
Total: Varios	70 000	87 559	
Total: TODAS LAS OFICINAS	2 824 111	3 031 956	
Más gastos de apoyo al programa del FNUAP		79	
Menos supresiones		303 365	
Total: Programas y actividades de la OMS	2 824 111	2 728 670	97

Financiamiento

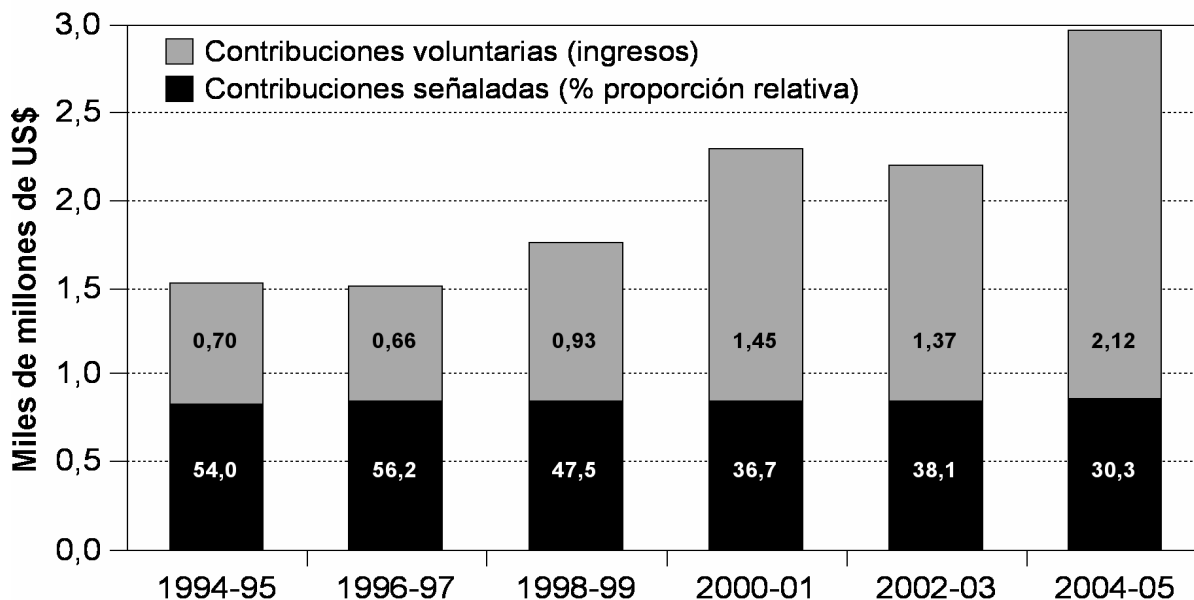
El 70% de los gastos se financió mediante contribuciones voluntarias por valor de US\$ 2100 millones (un aumento del 61% respecto del ejercicio 2002-2003) y con el saldo de las contribuciones señaladas, los ingresos varios, los ingresos por intereses devengados, y las sumas arrastradas del bienio anterior. En el ejercicio 2004-2005 los ingresos del presupuesto ordinario ascendieron a US\$ 860 millones, de los cuales US\$ 803 millones se recibieron en el bienio (US\$ 781 millones por concepto de contribuciones señaladas y US\$ 22 millones procedentes de ingresos varios). Los adelantos de recursos internos y la utilización del capital de operaciones, que permitieron cubrir las contribuciones señaladas no percibidas, totalizaban US\$ 44 millones al 31 de diciembre de 2005.

**Cuadro 3: Total de ingresos
(en millones de US\$)**

	2002-2003	2004-2005	% cambio
Presupuesto ordinario	856	860	1%
Otras fuentes	1 320	2 124	61%
Total	2 176	2 984	37%

Comparativamente, la proporción de financiamiento general mediante contribuciones voluntarias fue aproximadamente del 70% en este bienio y del 60% en 2002-2003; las dos terceras partes de esas contribuciones se recibieron de 10 Estados Miembros. La tendencia de los últimos 12 años que se ilustra en el gráfico 2, revela que las fuentes predominantes de financiamiento de la OMS han cambiado gradualmente, del presupuesto ordinario a las contribuciones voluntarias.

Gráfico 2. Evolución de las contribuciones voluntarias y el presupuesto ordinario en los últimos 10 años



WHO 06.56

Este cambio ha dado lugar a un incremento general de los recursos y ha permitido a la Organización ampliar el ámbito y la magnitud de sus operaciones para satisfacer las necesidades de los Estados Miembros y las peticiones de los asociados en la esfera del desarrollo. No obstante, también ha planteado desafíos, ya que la mayor parte de las contribuciones voluntarias conllevan diversos grados de restricciones. Las contribuciones voluntarias al presupuesto ordinario de la Organización, otorgadas sin ninguna restricción asociada, son las más flexibles y representan sólo el 2% de las contribuciones voluntarias. En función de su flexibilidad, el siguiente tipo de contribuciones voluntarias son las otorgadas a la Organización a nivel de área de trabajo, que representan aproximadamente el 11%. Las menos flexibles son las contribuciones voluntarias otorgadas para determinados proyectos o actividades en el marco de planes de trabajo aprobados, que representan el restante 87% (véase el gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución relativa de las contribuciones voluntarias en función de la flexibilidad de su posible utilización



WHO 06.57

Los ingresos que se reseñan en el gráfico 3 se consignaron en el marco de 4297 líneas de contribución al Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud y, en ese contexto, se elaboraron unos 1500 informes financieros separados para los contribuyentes. A fin de cumplir los acuerdos y proporcionar informes financieros, la OMS utilizó un complejo sistema compuesto por 9349 adjudicaciones, cuya gestión requirió considerables recursos administrativos, que permitió consignar separadamente los recursos procedentes de diferentes fuentes destinados a propósitos diferentes. Asimismo, el sistema tuvo efectos adversos en el desempeño técnico, dado que con frecuencia la ejecución de las actividades dependió de la disponibilidad de recursos suficientes en el momento apropiado. Aunque en general el presupuesto por programas parecía

estar totalmente financiado, el financiamiento de varias áreas de trabajo siguió siendo insuficiente y estuvo vinculado a partes específicas de los planes de trabajo, o se obtuvo demasiado tarde durante el bienio, lo que impidió alcanzar los resultados previstos.

En los próximos años uno de los desafíos consistirá en mantener y, de ser posible, aumentar aún más el nivel de ingresos y, al mismo tiempo, colaborar con los contribuyentes para que su apoyo sea más flexible, lo que permitirá ejecutar más eficazmente el presupuesto por programas y el próximo Plan Estratégico a Plazo Medio. El presente informe sobre la evaluación de la ejecución forma parte del marco de la OMS para la gestión basada en los resultados y la rendición de cuentas, un componente importante para lograr una financiación más eficaz de la Organización.

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN POR ÁREA DE TRABAJO

VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Objetivo(s) de la OMS

Velar por que los Estados Miembros y la comunidad internacional estén mejor preparados para detectar e identificar las amenazas a la seguridad sanitaria nacional, regional y mundial que planteen las enfermedades infecciosas epidemiológicas y emergentes de origen conocido o desconocido, así como para responder a ellas, e integrar esas actividades en las iniciativas de fortalecimiento de sus sistemas de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles, sus sistemas nacionales de información sanitaria y sus programas y servicios de salud pública.

Indicadores y logros

Detección y respuesta oportunas a amenazas epidémicas y enfermedades emergentes de interés nacional e internacional. Se identificaron un total de 654 eventos potencialmente importantes para la salud internacional. El tiempo medio transcurrido entre la recepción de la información y la verificación del evento fue de dos días.

Logros principales

- El 23 de mayo de 2005, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó por aclamación el Reglamento Sanitario Internacional (2005).¹
- Todas las regiones revisaron y/o actualizaron sus estrategias de vigilancia y respuesta, y las oficinas regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental prepararon conjuntamente la estrategia asiático-pacífica sobre enfermedades emergentes. Este instrumento fue aprobado posteriormente por el Comité Regional para el Pacífico Occidental, en tanto que el Comité Regional para Asia Sudoriental adoptó una resolución en la que instaba a los Estados Miembros a que estudiaran la aplicación de la estrategia.
- Se aplicaron mecanismos sistemáticos para la obtención de información sobre epidemias, verificación de eventos (se verificaron 654), evaluación de riesgos, gestión de la información y facilitación de respuestas rápidas sobre el terreno, recurriendo a tecnología de la información innovadora y protocolos operativos uniformes y movilizando a los asociados pertenecientes a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.
- Se prestó a los Estados Miembros apoyo para el control de la gripe aviaria y la preparación para la gripe humana pandémica. Conjuntamente con la FAO, se prepararon los componentes clave de un plan de acción mundial para controlar la gripe aviaria en animales y limitar al mismo tiempo la amenaza de una pandemia de gripe humana. Se identificaron cuatro objetivos principales para proteger la salud de las personas: reducir los comportamientos de alto riesgo asociados a la infección en humanos; mejorar la detección, la investigación, y la notificación de casos humanos, con miras a fortalecer el sistema de alerta anticipada; contener los virus pandémicos emergentes; y reforzar la preparación ante pandemias. La capacidad para producir cantidades suficientes de vacunas antipandémicas y medicamentos antivirales con la rapidez necesaria y para asegurar a todos los países un amplio acceso a esas intervenciones fue otra de las cuestiones prioritarias.

Descripción de algunos logros

El Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la Revisión del Reglamento Sanitario Internacional completó satisfactoriamente en dos reuniones celebradas en noviembre de 2004 y febrero de 2005 la labor que le había sido encomendada, mediante la preparación de un proyecto de texto revisado del Reglamento, que posteriormente fue adoptado por los Estados Miembros en la Asamblea de la Salud en mayo de 2005. La finalidad y el alcance ampliados son «prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales». En la versión revisada, el mandato asignado a los Estados Miembros y a la OMS prevé una ampliación de sus funciones y responsabilidades respectivas. Más concretamente, se pide a los Estados Partes que desarrollen, refuercen y mantengan en materia de vigilancia y respuesta la capacidad básica necesaria para detectar, evaluar y notificar a la OMS eventos de salud pública y para responder a los riesgos para la salud pública y las emergencias de importancia internacional. La OMS, a su vez, debe colaborar con los Estados Partes en la evaluación de sus capacidades de salud pública, facilitarles cooperación técnica y apoyo logístico y movilizar recursos financieros para crear capacidades de vigilancia y respuesta.

¹ Resolución WHA58.3.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá proporcionado apoyo político, técnico y financiero para la seguridad sanitaria mundial, mediante iniciativas de sensibilización y formación de alianzas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de alusiones a iniciativas de seguridad sanitaria mundial en los medios de información internacionales	No establecido	Aumentar el número de alusiones a esas iniciativas en los medios de comunicación	El número de alusiones aumentó, pero no se sabe en qué grado exactamente.
Número de nuevos asociados que proporcionan apoyo financiero, político o técnico para la seguridad sanitaria mundial	-	5	8

Se emprendieron iniciativas de promoción en la Sede y en las regiones, con el fin de brindar un apoyo político, técnico y financiero para la seguridad sanitaria mundial. En el sitio web de la Sede se publicaron un total de 281 notificaciones de brotes epidémicos (frente a 121 en 2004 y 160 en 2005), y en el sitio web de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental se publicaron 22 notificaciones centradas en la gripe aviar y en la preparación antipandémica. Todos los brotes de gripe aviar recibieron amplia cobertura mediática, y se organizaron conferencias de prensa virtuales para facilitar información adicional. Durante el segundo semestre de 2005, el número de asociados potenciales interesados en apoyar la seguridad sanitaria mundial aumentó considerablemente, debido sobre todo a la gripe aviar, hasta culminar en la celebración de la Conferencia Internacional sobre Promesas de Contribuciones para la Gripe Aviar y la Gripe Humana Pandémica, que tuvo lugar en enero de 2006 en Beijing y propició que se prometieran fondos por valor de US\$ 1900 millones. En la Región de Europa se establecieron estrechas relaciones con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

Se habrán formulado y/o actualizado estrategias y se habrá prestado apoyo para la vigilancia y contención de amenazas epidémicas y emergentes conocidas, especialmente entre los pobres, con inclusión de la gripe, el cólera, la meningitis, los casos farmacorresistentes y los relacionados con la liberación deliberada de agentes biológicos, en estrecha colaboración con centros colaboradores de la OMS.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de estrategias y material de apoyo (p. ej., normas) para la vigilancia y contención de las enfermedades epidémicas y emergentes conocidas disponibles en los idiomas oficiales y en otros idiomas pertinentes	1 estrategia mundial	Introducir una versión adaptada de la estrategia en las 6 regiones	Se introdujo en todas las regiones una versión adaptada de la estrategia; las oficinas regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental elaboraron la estrategia asiático-pacífica sobre enfermedades emergentes.
Proporción de países de ingresos bajos y medios que han conseguido cooperación técnica para la vigilancia y contención de enfermedades epidémicas y emergentes conocidas	60%	80%	80%

Las oficinas regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental aunaron sus fuerzas para la elaboración y puesta en práctica de la estrategia asiático-pacífica sobre enfermedades emergentes. Durante el proceso de redacción, se celebraron varias reuniones birregionales, que contribuyeron a la ultimación satisfactoria del documento. Prácticamente todos los Estados Miembros de ingresos bajos y medios de la Región del Pacífico Occidental se beneficiaron de algún tipo de medida de cooperación técnica para la vigilancia y contención de enfermedades epidémicas y emergentes conocidas. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental facilitó a los Estados Miembros asistencia técnica para fortalecer la capacidad nacional de sus laboratorios de salud pública en materia de vigilancia de la gripe, en cumplimiento de un memorando de entendimiento trilateral concertado entre la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, la Unidad de Investigación Médica N° 3 de la Marina de los Estados Unidos y seis Estados Miembros (la Arabia Saudita, Egipto, Marruecos, Omán, el Pakistán y la República Árabe Siria). La Oficina Regional para Asia Sudoriental ofreció apoyo técnico para un programa de capacitación epidemiológica sobre el terreno destinado a profesionales de la salud que se puso en práctica en Bhután, Maldivas y Timor-Leste. Veinte países de la Región de África capacitaron a trabajadores sanitarios en vigilancia y respuesta epidemiológica integrada, en al menos un 60% de sus distritos. La capacitación

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

en esta materia se ofreció en el marco de un programa de formación sobre epidemiología aplicada dirigido a profesionales sanitarios superiores de Kenya y Malí; dentro de módulos impartidos en instituciones de formación sanitaria de nivel medio de Malawi, Malí, Namibia y Uganda; y en el contexto de programas de posgrado en salud pública organizados en Etiopía, Ghana, Uganda y Zimbabwe. En la Región de Europa, se fortalecieron los sistemas nacionales de alerta anticipada de Albania, Bosnia y Herzegovina, la ex República Yugoslava de Macedonia, y Serbia y Montenegro.

Se habrá coordinado la alerta y respuesta frente a emergencias de salud pública en colaboración con los Estados afectados y todos los Estados Miembros, centros colaboradores de la OMS y asociados de la red mundial de alerta y respuesta frente a brotes epidémicos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de acontecimientos verificados ante los que se han ofrecido respuestas	95%	100%	100%
Número de asociados técnicos que cooperan con la OMS en la alerta y respuesta internacionales	125	140	141

Entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005, el sistema de verificación de la OMS para emergencias de salud pública de importancia internacional identificó 654 eventos potencialmente importantes para la salud pública internacional. De éstos, 478 (el 73%) se verificaron, 55 (el 8%) se consideraron no verificables, 84 (el 13%) se definieron como eventos sin «ningún brote notificado» y 37 (el 6%) se publicaron con fines meramente informativos. El tiempo medio transcurrido entre la recepción de la información y la verificación del evento fue de dos días. La mayoría de las notificaciones se verificaron en el plazo de unos pocos días, aunque tratándose de eventos importantes se precisaron generalmente menos de 24 horas. En 2004, la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos apoyó misiones sobre el terreno en los siguientes contextos: en China, Tailandia y Viet Nam, para la gripe aviar (con las oficinas regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental), en el sur del Sudán, para la fiebre hemorrágica del Ebola (con la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental), en Bangladesh, para virus análogos al virus Nipah (con la Oficina Regional para Asia Sudoriental). En el marco del programa de la OMS de acción sanitaria en las crisis, se aportaron asimismo contribuciones técnicas y recursos humanos en las crisis humanitarias acaecidas en el Chad y la región del Darfur sudanés. En 2005, se coordinaron a través de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos 16 misiones de campo en Angola, Congo, Filipinas, Guinea, Indonesia, Liberia, Malí, República Democrática del Congo, Sri Lanka, Sudán, Tailandia y Timor-Leste, con la finalidad de prestar apoyo para el control de brotes de fiebre amarilla, dengue y casos sospechosos de fiebre hemorrágica del dengue, Ebola, fiebre hemorrágica de Lassa, fiebre hemorrágica de Marburgo, miocarditis, peste y enfermedades meningocócicas; también se organizaron misiones de este tipo a raíz de los terremotos y maremotos que sacudieron la región del Océano Índico. Entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005, el número de instituciones que participan en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos aumentó de 126 a 141.

Se habrá proporcionado apoyo para fortalecer los sistemas nacionales coordinados de vigilancia de las enfermedades transmisibles, en particular los medios de detección precoz, investigación y respuesta a amenazas infecciosas epidémicas y emergentes, en estrecha colaboración con los Estados Miembros y los centros colaboradores de la OMS.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de respuestas de la OMS a peticiones de cooperación técnica formuladas por los países con miras a ejecutar planes nacionales de vigilancia, incluida la elaboración de planes de preparación, información sobre epidemias, comunicaciones, medios de laboratorio, epidemiología sobre el terreno y cartografía de salud pública	Un 20% de los países de ingresos bajos y medios recibían apoyo para la ejecución de sus planes nacionales en esta esfera.	30%	40%

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de documentos de apoyo para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia (p. ej., directrices e instrumentos de evaluación) disponibles en los idiomas oficiales y en otros idiomas pertinentes	No establecido	No establecida	Las oficinas regionales y la Sede elaboraron conjuntamente diversas directrices sobre control de las infecciones, vigilancia de la gripe, respuesta frente a la gripe aviar, preparación para una pandemia de gripe y evaluación de las funciones de alerta anticipada, que fueron traducidas a los idiomas oficiales de la OMS.

En 2005, todas las regiones enviaron a los Estados Miembros misiones encargadas de respaldar la elaboración de planes nacionales de preparación para pandemias. Se celebraron reuniones, talleres y cursos de capacitación destinados a mejorar y ampliar las capacidades de los países en materia de detección precoz, investigación y respuesta a amenazas de epidemias y enfermedades infecciosas emergentes, como la gripe aviar. Se llevaron a cabo evaluaciones de los sistemas de pronta alerta y respuesta en las Islas Cook, Malasia, Mongolia y la República Democrática Popular Lao. La Oficina Regional para África, la Sede y el Centro Pluripatológico de Vigilancia de las Enfermedades de Uagadugú de la OMS aunaron sus fuerzas para intensificar la vigilancia en el cinturón de la meningitis en África. Se celebró en Uagadugú la cuarta edición del programa de capacitación de personal superior de laboratorios de salud pública del África francófona (Benin, Burkina Faso, Djibouti, Malí, Mauritania, Níger y Senegal), organizado por la Oficina de la OMS/CSR, con sede en Lyon. La Sede y las oficinas regionales elaboraron conjuntamente una serie de directrices sobre control de las infecciones, vigilancia de la gripe, respuesta frente a la gripe aviar, preparación para una pandemia de gripe y evaluación de las funciones de alerta anticipada, que fueron traducidas a los idiomas oficiales de la OMS. Para facilitar la formulación de planes de acción, se elaboró una guía para evaluar los factores de riesgos de las enfermedades transmisibles en los países y darles prioridad sobre la base de una serie de criterios definidos, que fue ensayada sobre el terreno en diversos Estados Miembros de las Regiones de Europa y el Pacífico Occidental. Se inauguró en la Oficina de la OMS/CSR en Lyon un portal de Internet para el seguimiento a distancia del programa de capacitación dirigido a especialistas de laboratorio.

Se habrá terminado de revisar el Reglamento Sanitario Internacional, y se habrá facilitado a todos los Estados Miembros los nuevos componentes e indicaciones para su aplicación.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Presentación a los órganos deliberantes, para 2004, del proyecto final de Reglamento Sanitario Internacional revisado	-	Presentar un proyecto en 2004	El Reglamento quedó aprobado en 2005.
Se habrán ensayado sobre el terreno, y aplicado por lo menos en dos países de cada región, mecanismos de evaluación de la capacidad básica requerida para cumplir el Reglamento establecido	-	2 países de cada región	0

Durante el proceso de revisión, las seis oficinas regionales celebraron un total de 11 reuniones consultivas regionales y subregionales sobre el proyecto de revisión del Reglamento Sanitario Internacional. Los informes de las consultas y las observaciones escritas de 46 Estados Miembros se publicaron, junto con las comunicaciones de una organización de integración económica regional, un organismo intergubernamental y tres asociaciones de la industria del transporte, en el sitio web de la OMS. Tras las reuniones del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la Revisión del Reglamento Sanitario Internacional celebradas en noviembre de 2004 y febrero de 2005, se presentó para su consideración por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud un proyecto de texto revisado, que fue adoptado por aclamación el 23 de mayo de 2005. Sin embargo, al retrasarse la aprobación del Reglamento, éste no pudo empezar a aplicarse.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Los Estados Miembros mostraron un elevado grado de compromiso político y una mayor concienciación sobre la importancia de asegurar oportunamente la evaluación y gestión de los riesgos.
- Se logró que el apoyo técnico se prestara a tiempo, entre otras cosas gracias a las mejoras relacionadas con la detección de brotes epidémicos y la rápida notificación de éstos a la OMS.

- Las actividades realizadas durante bienios anteriores en relación con la creación de capacidad nacional en materia de preparación para el síndrome respiratorio agudo severo resultaron de gran utilidad a la hora de abordar otras amenazas de enfermedades transmisibles, en particular la gripe aviar.

Obstáculos

- Hubo ciertos conflictos de prioridades; así por ejemplo, algunos brotes importantes desviaron la atención del personal de la ejecución de las actividades programadas.
- El establecimiento de una estrecha colaboración entre el sector sanitario y el sector agrícola en todos los niveles para combatir la gripe aviar H5N1 tanto en las aves como en la población humana planteó retos importantes.
- Es preciso reforzar aún más las comunicaciones con los países ya afectados y los propensos a registrar brotes epidémicos.
- Uno de los obstáculos fueron las dificultades propias de la labor en países afectados por emergencias complejas.
- Otro obstáculo importante fue la escasez de recursos financieros y humanos y la debilidad de las infraestructuras sanitarias.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La consolidación de las capacidades básicas necesarias para el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) requerirá importantes inversiones. Dentro de las tareas de importancia crucial para el próximo bienio, habrá que: fortalecer las capacidades nacionales esenciales en materia de alerta y respuesta ante epidemias; centrar la atención en el robustecimiento de los sistemas nacionales de pronta alerta y respuesta; y asegurar la creación de capacidad nacional en materia de recursos humanos para esferas clave como la epidemiología aplicada y las ciencias de laboratorio. Los países han empezado a movilizar sus propios recursos a nivel local, sirviéndose para ello de los mecanismos gubernamentales y bilaterales oportunos; es preciso respaldarlos en esa empresa mediante esfuerzos que contribuyan a aumentar la concienciación y a obtener recursos adicionales. El elevado nivel de compromiso político debe mantenerse y seguir reforzándose, a través de medidas dinámicas y focalizadas de promoción y sensibilización. En ese sentido, la creación de subunidades regionales de vigilancia de enfermedades transmisibles podría proporcionar a los países un apoyo adicional.
- La aplicación de mecanismos sistemáticos para la obtención de información sobre epidemias, verificación de eventos, evaluación de riesgos, gestión de la información y facilitación de respuestas rápidas sobre el terreno, basada en el uso de tecnología de la información innovadora y de protocolos operativos uniformes, así como en la movilización de los asociados que integran la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, ha resultado sumamente eficaz y debería proseguirse.
- Se precisan sólidos programas de control de enfermedades centrados en cuestiones específicas para asegurar que las principales amenazas sean abordadas de manera sistemática y que la OMS mantenga la competencia técnica requerida a nivel mundial en esferas clave como la gripe, la viruela, la bioseguridad, las epidemias provocadas deliberadamente, la meningitis y la fiebre amarilla.
- Las nuevas cuestiones que vayan surgiendo en relación con la respuesta a la gripe aviar y la preparación para una pandemia de gripe precisarán recursos y apoyo adicionales. Los esfuerzos por asegurar una buena preparación, en lo que respecta a las reservas de emergencia, la logística y los equipos nacionales de pronta respuesta, fueron esenciales para controlar la propagación de brotes como el de fiebre hemorrágica del Ebola en la República Democrática del Congo en 2005; conviene pues adoptar enfoques similares con respecto a la preparación para una pandemia de gripe.
- En 2006-2007 se deberá reforzar la adopción de protocolos normalizados de preparación y respuesta ante enfermedades epidemiógenas importantes, como la meningitis, la fiebre amarilla y la peste.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		94 600	36 311	64 650	100 961
Porcentaje	países	26	33	22	26
	regiones	37	27	19	22
	mundo	37	40	59	52

PREVENCIÓN, ERRADICACIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Objetivo(s) de la OMS

Crear un entorno en el que los Estados Miembros y sus asociados internacionales y nacionales estén mejor preparados - tanto técnica como institucionalmente - para reducir la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad mediante el control y, si procede, la erradicación o eliminación de las enfermedades transmisibles seleccionadas.

Indicadores y logros

Número de programas nacionales operativos que estén centrados en determinadas enfermedades y que reduzcan apreciablemente la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad por esas enfermedades. Se pusieron en marcha varios programas nacionales centrados en determinadas enfermedades desatendidas, lo que contribuyó notablemente a reducir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad a ellas imputable, como se detalla en los logros enumerados a continuación.

Logros principales

- Se reconoció la necesidad de pensar más allá del tratamiento vermífugo y asegurar el desarrollo estratégico de un control intensificado de las enfermedades tropicales desatendidas. Los principios consignados en el marco estratégico mundial para la lucha integrada contra los vectores¹ son aplicables al conjunto de enfermedades de transmisión vectorial. En un taller celebrado en Uganda, se esbozaron una serie de planes de acción para el control integrado de las enfermedades tropicales a nivel distrital.
- Se fortaleció la alianza publicoprivada contra la tripanosomiasis africana humana, gracias a la cual 28 Estados Miembros en los que la enfermedad era endémica pudieron seguir un tratamiento específico. De los aproximadamente 30 países endémicos de la Región de África, 20 recibieron apoyo para llevar a cabo análisis de situación y/o iniciar o reforzar la detección de casos y la dispensación de tratamiento en las zonas prioritarias; se suministró a todos los países pertinentes medicamentos específicos para el manejo de casos. Se examinaron durante el bienio 4,5 millones de personas en situación de riesgo, lo que permitió detectar y tratar 24 000 nuevos casos.
- En la Región de Asia Sudoriental, se celebró una reunión de asociados e interesados directos de alto nivel en Bangalore (India) en la que se aprobó por unanimidad una declaración que recomienda que los gobiernos nacionales y organismos nacionales e internacionales otorguen alta prioridad a la eliminación de las enfermedades desatendidas y las incluyan en sus planes nacionales de desarrollo, con miras a asegurar que los esfuerzos desplegados en ese sentido gocen de suficiente apoyo político.
- Se reconfirmó el suministro de medicamentos para el programa de eliminación de la lepra, a través de un nuevo acuerdo concertado en 2005.
- En mayo de 2004 se adoptó, en una mesa redonda ministerial convocada en Ginebra, la Declaración de Ginebra sobre la erradicación de la dracunculosis para 2009.
- Se implantó tratamiento combinado (rifampicina y estreptomina) en los 10 países de la Región de África en los que la úlcera de Buruli es endémica.
- En todos los países de la Región del Pacífico Occidental incluidos en el programa Mekong-Plus se completó la primera ronda de administración masiva de medicamentos para la eliminación de la filariasis linfática, con elevados niveles de cobertura.
- Se lograron resultados positivos en materia de lucha contra el dengue en la Región de las Américas, donde 10 países adoptaron programas nacionales acordes con la estrategia regional de control de esta enfermedad.
- Se prepararon directrices técnicas y otras herramientas relativas a las enfermedades transmisibles para su aplicación en emergencias humanitarias, destinadas a siete países.
- Se prepararon directrices normalizadas para el diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis en la Región del Mediterráneo Oriental y se elaboraron módulos de educación comunitaria destinados a su prevención, con el fin de lograr una mayor concienciación e incrementar las posibilidades de curación asociadas al tratamiento precoz, así como de promover el uso de mosquiteros.
- En la Región de Europa, se mejoró la base de datos sobre enfermedades zoonóticas.

¹ *Global strategic framework for integrated vector management.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Descripción de algunos logros

Tres países de la cuenca del Mekong - Camboya, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam - lograron avances importantes en lo referente a la intensificación de sus programas de administración de tratamientos vermífugos en la escuela. Camboya, gracias a una colaboración activa con el UNICEF y el PMA, fue el primer país del planeta en alcanzar el objetivo mundial de asegurar una cobertura de tratamiento superior al 86% entre los niños de educación primaria. La OMS brindó apoyo técnico a la campaña de tratamiento vermífugo a través de su personal asignado al proyecto de vacunación contra la meningitis; la Organización ofreció asimismo apoyo financiero y logístico. Entre los elementos clave de este logro destacan las intensas relaciones de trabajo forjadas entre los ministerios de salud y educación y el compromiso mostrado por el PMA al vincular la campaña de tratamiento vermífugo a sus programas de alimentación escolar. Queda por ver si esta campaña puede mantenerse por sí sola, en un contexto en el que las provincias usen sus propios fondos para adquirir y distribuir los medicamentos. En vista del buen funcionamiento del programa actual, es muy probable que se logre esa meta. La República Democrática Popular Lao, con el apoyo de Luxemburgo, será el segundo país en alcanzar el objetivo mundial antes citado. En Viet Nam, el Gobierno destinó US\$ 300 000 a la ampliación de su programa de tratamiento vermífugo, con el fin de dar cobertura a todas las escuelas primarias.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán desarrollado políticas basadas en la evidencia y estrategias mundiales y regionales de prevención, control y eliminación de las enfermedades seleccionadas; se habrá ayudado convenientemente a los países a adoptar y ejecutar esas políticas y estrategias a nivel nacional y comunitario.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Planes estratégicos mundiales y regionales desarrollados	Filariasis linfática: 1	Filariasis linfática: 5	Filariasis linfática: 5
Número de países destinatarios que adoptan y adaptan para uso local políticas y estrategias de la OMS (movilización social incluida)	Filariasis linfática: 36 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 54 Leishmaniasis: 63	Filariasis linfática: 40 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 60 Leishmaniasis: 88	Filariasis linfática: 42 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 60 Leishmaniasis: 78
Número de países apoyados para emprender intervenciones contra enfermedades determinadas a todos los niveles	Filariasis linfática: 36 Tripanosomiasis africana humana: 13	Filariasis linfática: 40 Tripanosomiasis africana humana: 36	Filariasis linfática: 42 Tripanosomiasis africana humana: 36

Para 2010, deberán recibir un tratamiento antihelmíntico sistemático alrededor de 650 millones de niños en edad escolar si se quiere asegurar un nivel de cobertura del 75%, de conformidad con el objetivo que se instó a alcanzar a los Estados Miembros en la Asamblea de la Salud celebrada en mayo de 2001.¹ Aunque también se han logrado avances considerables en lo que respecta a la cobertura de los niños en edad preescolar, es preciso intensificar las actividades para alcanzar la meta propuesta. Se recibieron datos de 73 países donde las enfermedades seleccionadas eran endémicas; de éstos, 30 (un 41%) notificaron progresos en relación con la intensificación de las actividades de tratamiento vermífugo. En los países que tienen en marcha programas de lucha antiparasitaria, se están aplicando políticas y estrategias de la OMS. Se facilitó apoyo técnico a todos los países que mostraron interés en el control de las enfermedades parasitarias intestinales. Cincuenta y cuatro países completaron la cartografía de la filariasis linfática y otros 15 la están ultimando. Más de 100 millones de personas reciben cobertura gracias a las campañas de administración masiva de medicamentos para eliminar la filariasis en 45 países en los que esta enfermedad es endémica. Los principios consignados en el marco estratégico mundial para la lucha integrada contra los vectores son aplicables al conjunto de enfermedades de transmisión vectorial. Los 22 países que integran la Región del Mediterráneo Oriental cuentan con las directrices necesarias para realizar intervenciones de lucha contra los vectores. Se publicaron una serie de directrices para el examen de los programas de lucha contra el dengue. En Camboya, el Caribe, Indonesia y Sri Lanka, se prestó apoyo para la realización de exámenes de país y la elaboración de directrices técnicas para la aplicación de una estrategia de prevención y control del dengue a nivel mundial y regional. Se evaluaron seis productos insecticidas para uso en salud pública y se formularon las recomendaciones oportunas. Se publicó el primer informe de una reunión consultiva de expertos de la OMS sobre la rabia, que incluye políticas basadas en la evidencia y estrategias mundiales y regionales de prevención y control de la rabia en humanos y animales.² En África, alrededor

¹ Resolución WHA54.19.

² WHO Expert Consultation on Rabies: first report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, N° 931, 2004.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

de 39 países donde la lepra era endémica - es decir, un 85% de los 46 Estados Miembros pertenecientes a la Región - alcanzaron la meta regional de reducir la tasa de prevalencia a menos de un caso por cada 10 000 habitantes. El punto de partida, al inicio del bienio, era de un 76% (35/46), y la meta se había fijado en un 100% (46/46).

Se habrá prestado apoyo técnico y político adecuado a los países endémicos para mejorar tanto la implementación de intervenciones clave de salud pública contra enfermedades transmisibles como el acceso a ellas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países endémicos apoyados para llevar a cabo actividades de prevención, control y erradicación	Filariasis linfática: 10 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 39 Leishmaniasis: 63	Filariasis linfática: 15 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 45 Leishmaniasis: 88	Filariasis linfática: 19 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 45 Leishmaniasis: 68
Número de países de ingresos bajos y medios apoyados para intensificar el control de enfermedades desatendidas	Leishmaniasis: 17 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 39 Tripanosomiasis africana humana: 13	Leishmaniasis: 23 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 45 Tripanosomiasis africana humana: 36	Leishmaniasis: 22 Esquistosomiasis y parasitosis intestinal: 45 Tripanosomiasis africana humana: 36

Veintiuno de los 30 países en los que la tripanosomiasis africana humana es endémica (un 67%) recibieron apoyo de la OMS, lo que supone un aumento con respecto al bienio anterior, en el que esa proporción fue de 12 países de 30 (un 40%). Se elaboró material informativo y técnico de diversa índole para fortalecer las actividades de control en este campo, incluidos vídeos, carteles y folletos destinados al público general y a los agentes de salud comunitarios. Se finalizó asimismo un manual sobre la prevención de discapacidades causadas por la úlcera de Buruli, que se utilizará en los países para la capacitación de trabajadores sanitarios.¹ Se organizó por primera vez una campaña de inmunización masiva basada en el uso de vacunas anticoléricas orales, como intervención humanitaria de emergencia para proteger a las poblaciones con alto riesgo de contraer el cólera en la región sudanesa de Darfur meridional. Se publicaron los resultados del primer proyecto experimental realizado en Beira (Mozambique) en el que se administró una vacuna anticolérica oral en un entorno altamente endémico; según esos resultados, seis meses después de la vacunación, la eficacia protectora era de un 77%. Se fortaleció la capacidad de respuesta de la OMS frente a las amenazas zoonóticas, en particular las amenazas nuevas y emergentes, como la epizootia sin precedentes de gripe aviar en Asia, manteniendo relaciones de trabajo eficaces con las principales organizaciones internacionales encargadas de la salud animal y la producción de alimentos, por ejemplo la FAO y la OIE, y estableciendo un enlace entre la OMS y sus oficinas regionales en la esfera de la salud pública veterinaria. La proporción de países en los que se ha confirmado, o se sospecha, que la úlcera de Buruli es endémica y que recibieron apoyo para el control de esta enfermedad se situó en un 30% (6/20); la meta y el punto de partida correspondientes a este logro eran del 45% (9/20) y del 25% (5/20), respectivamente. Los 19 países en los que la filariasis era endémica recibieron apoyo para asegurar la eliminación de esta enfermedad. Seis países fueron respaldados activamente en sus iniciativas de tratamiento vermífugo. Cuatro países recibieron apoyo para actividades de control de la esquistosomiasis. El número de países donde la lepra sigue siendo endémica quedó reducido a seis; todos los demás lograron eliminar la enfermedad. En la esfera del control de la oncocercosis, los esfuerzos se centraron principalmente en la integración de esta enfermedad en programas de control centrados en otras enfermedades tropicales desatendidas compatibles, aplicando para ello, en la medida de lo posible, el método del Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis consistente en la administración, dirigida por la comunidad, de un tratamiento a base de ivermectina. Se estableció en este contexto una colaboración más estrecha con el Programa.

Se habrá conseguido un mayor número de alianzas y una mayor movilización para las actividades a nivel de país mediante fórmulas de colaboración innovadoras de ámbito mundial, regional y local.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Magnitud de los aumentos globales de la financiación y el apoyo conseguidos gracias a la participación de los asociados, nuevos o ya existentes	-	10%	2% (US\$ 2,5 millones)

¹ *Buruli ulcer: prevention of disability (POD)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

La OMS contribuyó al establecimiento de la Alianza para la Lucha contra la Rabia, una organización benéfica creada con el fin de controlar esta enfermedad por medio de la inmunización de los perros. En Asia, se logró captar la atención de los donantes y movilizar apoyo para la prevención y el control de la rabia a nivel regional y nacional. En la Región de África, la Iniciativa de Lucha contra la Esquistosomiasis y los dos centros internacionales de lucha antiparasitaria - el Centro de África Oriental y Meridional para la Lucha Antiparasitaria Internacional y el Centro de África Occidental para la Lucha Parasitaria Internacional - apoyaron durante el bienio 2004-2005 activamente diversas iniciativas de control de la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo. Burkina Faso, Guinea-Bissau, Malí, Mozambique, Níger, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia establecieron lazos de asociación funcionales para el control de estas enfermedades. En la Región del Pacífico Occidental, la República Democrática Popular Lao recibió financiación para poder intensificar sus campañas de tratamiento vermífugo. En Viet Nam, el Gobierno destinó cuantiosos fondos a la administración de tratamiento vermífugo. Tres países recibirán del Banco Asiático de Desarrollo a partir de 2006 nuevos fondos para el control del dengue. Salvo en el caso de 11 Estados Miembros pertenecientes a la Región del Pacífico Occidental, se considera que no se dispone de fondos suficientes para apoyar la eliminación de la filariasis linfática. En la Región de las Américas, pese a una falta general de atención, los fondos destinados a la lucha contra algunas enfermedades desatendidas, en particular la enfermedad de Chagas, registraron un modesto incremento.

Se habrán controlado las enfermedades transmisibles en los países enfrentados a situaciones de emergencia complejas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países con emergencias complejas apoyados para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles	7	10	12

Se organizaron, a través del grupo de trabajo sobre emergencias del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OMS, diversas misiones sobre el terreno para facilitar apoyo técnico, en relación con la prevención y el control de enfermedades transmisibles y la labor de vigilancia y respuesta, en las situaciones de emergencia grave registradas en la región sudanesa de Darfur, los terremotos y maremotos que azotaron el Océano Índico y el terremoto acaecido en Asia meridional, así como en países y regiones afectados por situaciones de conflicto o posconflicto (Burundi, Chad, la República Democrática del Congo, Sierra Leona y Uganda septentrional). Se celebraron 12 talleres de capacitación sobre control de enfermedades transmisibles en situaciones de emergencia, destinados a las oficinas de país y regionales de la OMS, otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones internacionales y organismos donantes.

Se habrán desarrollado nuevos medicamentos, vacunas, medios diagnósticos e intervenciones costo-eficaces destinados a prevenir y controlar las enfermedades para las que se carece aún de ellos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Medicamentos de prevención y control, vacunas y/o medios diagnósticos y directrices nuevos o mejores contra por lo menos dos enfermedades para las que se carece aún de ellos	0	2	1

Se elaboró, en colaboración con la red de centros colaboradores de la OMS, un proyecto relativo a la producción de una combinación de anticuerpos monoclonales para la prevención de la rabia. El plan estratégico para la eliminación de la lepra 2000-2005 brindó apoyo a diversos programas nacionales, ayudando a éstos a redoblar los esfuerzos desplegados para diagnosticar y tratar todos los nuevos casos detectados de lepra con terapias multimedicamentosas gratuitas. El plan facilitó asimismo la integración de servicios específicamente centrados en la lepra dentro del sistema general de atención sanitaria, sobre todo en países donde esta enfermedad es altamente endémica. Durante el bienio, se siguió asegurando la coordinación de los estudios centinela ya iniciados en relación con la carga atribuible a las enfermedades de transmisión alimentaria. Se llevó a cabo una evaluación sistemática de las repercusiones de estas enfermedades en la salud pública, se efectuaron controles pre-cosecha de patógenos transmitidos por los alimentos, como Salmonella y Campylobacter, y se formularon recomendaciones sobre las investigaciones de brotes. Asimismo, se aseguró la coordinación de una encuesta mundial y las actividades conexas de vigilancia de laboratorio y se prosiguieron los trabajos relacionados con el establecimiento de la red de redes para las enfermedades de transmisión alimentaria.

Se habrán eliminado enfermedades consideradas como un problema grave de salud pública, según las respectivas metas mundiales o regionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que alcanzan las metas de eliminación a nivel nacional, regional o mundial	Lepra: 122 Filariasis linfática: 0	Lepra: 134 Filariasis linfática: 1	Lepra: 128 Filariasis linfática: 1

Durante el bienio 2004-2005 se consiguió reducir la carga asociada a la lepra, gracias a la aplicación de una estrategia más rigurosa para su eliminación como problema de salud pública. El número de nuevos casos detectados a nivel mundial sigue disminuyendo cada año en alrededor de un 30%. Desde 1985, se ha logrado curar en el mundo entero a más de 14 millones de enfermos por medio de la administración de tratamientos multimedicamentosos. En la Región del Mediterráneo Oriental, la lepra se ha eliminado a nivel distrital en todos los países, con excepción de Egipto. También han logrado eliminar esta enfermedad 35 de los 37 Estados Miembros que integran la Región del Pacífico Occidental.

Se habrá verificado la interrupción de la transmisión de enfermedades seleccionadas para su eliminación a nivel mundial o regional, y se habrá certificado la erradicación de la dracunculosis.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países endémicos donde se ha verificado la interrupción de la transmisión de las enfermedades seleccionadas para su eliminación	4	12	7
Número de países endémicos donde se ha certificado la erradicación de la dracunculosis	150	165	168

El programa de eliminación de la dracunculosis logró reducir el número de casos a nivel mundial de 32 193 en 2003 a 10 491 en 2004-2005, con una disminución en el número de países endémicos, que pasó de 13 en 2003 a nueve en 2005. En estos momentos, hay en marcha programas de capacitación, dirigidos a gestores de datos, sobre sistemas de cartografía sanitaria para la vigilancia de poblaciones nómadas en tres países: Burkina Faso, Malí y Níger. En la Región de África, 18 países en los que la dracunculosis era endémica fueron declarados exentos de transmisión de esta enfermedad. En la Región del Mediterráneo Oriental, fueron declarados exentos de transmisión ocho de un total de 21 países. En la Región del Pacífico Occidental, se consiguió interrumpir la transmisión en siete países endémicos.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Hubo una estrecha cooperación entre la Sede, las oficinas regionales y las oficinas de país.
- La disponibilidad de medicamentos gratuitos para los programas nacionales impulsó las actividades de control, lo que propició notables avances hacia el control, la eliminación o erradicación de las enfermedades seleccionadas.
- El elevado grado de participación de los gobiernos, las comunidades y las familias han propiciado una fuerte demanda de apoyo programático de la OMS.

Obstáculos

- La corta duración de los ciclos de financiación, limitados a un año, hizo que fuese difícil planificar las actividades y asegurar al personal una continuidad de empleo más allá de ese plazo.
- En algunos países las capacidades nacionales requeridas para la administración y el seguimiento de los programas fueron insuficientes.
- La falta de fondos para la realización de actividades sobre el terreno y la inseguridad causada por conflictos armados representaron en algunos países obstáculos importantes.
- En el caso de algunas enfermedades desatendidas, la subnotificación dificultó las actividades de planificación, ejecución, supervisión y evaluación.
- Al ir los fondos preasignados a fines específicos, resultó difícil emplear los recursos en las esferas donde más se precisaban, sobre todo en situaciones críticas de respuesta y emergencia.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es necesario promover la integración de las enfermedades tropicales desatendidas siempre que sea posible para lograr mejoras en materia de costoeficacia y ejecución. En consecuencia, se iniciarán en el bienio 2006-2007 diversos proyectos piloto con intervenciones integradas.
- La creación de sinergias entre los programas puede contribuir a reducir los costos. En el siguiente bienio se tratará, por tanto, de redoblar los esfuerzos en ese sentido.
- La coordinación de las cuestiones transfronterizas y relacionadas con los refugiados es crucial para mantener los logros alcanzados y prevenir brotes asociados a los desplazamientos de refugiados. Está previsto reforzar las actividades conexas en el bienio 2006-2007.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		134 286	20 573	80 196	100 769
Porcentaje	países	30	34	14	18
	regiones	38	29	63	56
	mundo	32	37	23	26

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE PRODUCTOS PARA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Objetivo(s) de la OMS

Generar nuevos conocimientos e instrumentos (entre ellos vacunas, medicamentos y medios diagnósticos, métodos de intervención y estrategias de ejecución) para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles, cuya aplicación tenga en cuenta el género y esté orientada a la reducción de la pobreza, y que puedan ser incorporados en los sistemas de salud de los países endémicos, y desarrollar los recursos locales de investigación sanitaria para afrontar mejor los complejos problemas sanitarios de esos países.

Indicadores y logros

- *Aumento de los conocimientos sobre los problemas de salud pública de los países endémicos, así como del número de nuevas soluciones contra ellos, surgidos de las actividades de investigación y desarrollo.* No se dispone de datos al respecto.
- *Aumento del nivel de participación de los investigadores de los países endémicos en las actividades internacionales encaminadas a obtener nuevos conocimientos y soluciones en relación con los problemas de salud pública que afectan a esos países.* No se dispone de datos al respecto.

Logros principales

- Se han registrado importantes progresos en todos los tipos de investigación sobre las enfermedades transmisibles, desde la básica hasta la aplicada y la relativa a la creación de capacidad. La tasa mediana de logros con respecto a los indicadores fue de un 67% del valor de la meta fijada, lo que coincide con el presupuesto disponible, que también fue de un 67% de la meta.
- Las actividades de investigación en curso han avanzado considerablemente. Cabe citar, por ejemplo, las pruebas con la combinación de dosis fijas de clorproguanil/dapsona (LAPDAP) y artesunato para el tratamiento de la malaria en los ensayos de fase III; las pruebas del tratamiento combinado con gatifloxacino para la tuberculosis en los ensayos de fase III; las pruebas de la moxidectina en el tratamiento de la oncocercosis en los ensayos de fase II, y el inicio de nuevos estudios para determinar la eficacia del tratamiento con artemetero-lumefantrina de las mujeres embarazadas que tienen malaria.
- Los resultados preliminares de las investigaciones aplicadas en curso indican que el uso comunitario del tratamiento combinado basado en la artemisinina es viable y aceptable y se sigue en gran medida; que las asociaciones locales pueden suministrar medicamentos eficazmente en zonas urbanas de la India y que las comunidades de África están dispuestas a emplear estrategias dirigidas por las comunidades para la ejecución integrada de múltiples intervenciones contra enfermedades.
- Se llevaron a cabo con éxito actividades de creación de capacidad, entre otras, iniciativas especiales de capacitación en métodos de investigación en ciencias sociales, bioinformática y genómica aplicada, epidemiología, gestión de proyectos y vigilancia clínica.

Descripción de algunos logros

En la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2005, los Ministros de Salud de Bangladesh, la India y Nepal firmaron un memorando de entendimiento oficial por el que se comprometieron a aunar esfuerzos para eliminar la leishmaniasis visceral en sus países para 2015. Un importante elemento impulsor de esa decisión fue el desarrollo de un medicamento oral, la miltefosina (registrada en 2002 gracias a una alianza entre Zentaris, el Consejo Indio de Investigaciones Médicas y el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR)), que abre las puertas al tratamiento ambulatorio, junto con varios instrumentos de diagnóstico (actualmente objeto de una evaluación comparativa por parte del TDR) y otros instrumentos en proceso de desarrollo, por ejemplo, la paromomicina (en colaboración con el Institute for OneWorld Health). Además de todos esos instrumentos, para eliminar la leishmaniasis visceral serán necesarias una acción concertada por parte de numerosos agentes a nivel nacional e investigaciones aplicadas para respaldar, fundamentar y contribuir a integrar la expansión de las actividades de control. De ello se están encargando los programas nacionales, bajo la orientación de un comité de la Oficina Regional para Asia Sudoriental, cuya misión es prestar asistencia para la gestión de temas multipaís y transfronterizos.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán conseguido nuevos conocimientos básicos sobre los determinantes biomédicos, sociales, económicos, sanitarios, comportamentales y de género, así como sobre otros factores importantes para prevenir y controlar eficazmente las enfermedades infecciosas, y tales conocimientos serán accesibles.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de progresos científicos nuevos e importantes	500	300	446
Número de patentes derivadas de la investigación y el desarrollo financiados por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales	4	5	1
Número de progresos extraordinarios en materia de conocimiento científicos	12	5	15

Se publicaron 446 artículos científicos fruto de proyectos de investigación respaldados por el TDR en revistas científicas abiertas a la revisión por homólogos. El antígeno Sm14 de *Schistosoma mansoni* fue patentado en 7 países para su uso en el desarrollo de vacunas. Entre los progresos extraordinarios por lo que a conocimientos científicos se refiere, cabe citar la mejora de la comprensión de la base genética de las presentaciones clínicas en las infecciones por Leishmania; el paso del proyecto sobre el genoma de la mosca del género *Glossina* a la fase de secuenciación; el descubrimiento de nuevos medicamentos potenciales contra las enfermedades tropicales, en particular contra la oncocercosis y la malaria; la demostración de la seguridad de la administración combinada de una dosis única de praziquantel, ivermectina y albendazol, y la publicación de un estudio sobre el género y las enfermedades tropicales.

Se habrán concebido instrumentos nuevos y mejorados, en particular medicamentos, vacunas y medios diagnósticos, para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de instrumentos nuevos y mejorados, entre ellos, medicamentos y vacunas que hayan sido autorizados por los servicios de reglamentación, y/o cuyas aplicaciones se hayan ampliado o, en el caso de los métodos de diagnóstico, estén recomendados para controlar enfermedades tropicales desatendidas	3	5	3
Número de instrumentos epidemiológicos y ambientales nuevos y mejorados cuya utilización se recomienda para controlar enfermedades tropicales desatendidas	0	2	0

Se obtuvo aprobación reglamentaria para la ampliación de la aplicación de artemetero-lumefantrina, por lo que ahora está autorizado recomendar el uso del medicamento en niños a partir de 5 kg de peso, en lugar de los 15 kg que se indicaban antes en el prospecto. Por otra parte, se demostró que varias pruebas de diagnóstico de la sífilis presentaban la sensibilidad y especificidad adecuadas y eran fáciles de utilizar, y se incluyeron en la lista de adquisiciones de la OMS. Esto hizo que disminuyeran los precios y aumentara el interés por utilizar las pruebas de detección de la sífilis congénita. Actualmente se están elaborando planes para eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública en el Brasil, China, Haití y la República Unida de Tanzania. En algunos lugares de Etiopía, la India, Kenya, Nepal y el Sudán en que se ejecutan intervenciones se testaron tres pruebas para determinar la conveniencia de utilizarlas en el manejo de casos de leishmaniasis visceral. Una de ellas, la rK39, presentó una sensibilidad y especificidad aceptables para su uso en el manejo de casos de leishmaniasis visceral en el subcontinente indio, pero no se puede recomendar en África, pues allí su sensibilidad es menor.

Se habrán desarrollado y validado métodos de intervención nuevos y mejorados para aplicar los instrumentos existentes y otros nuevos a nivel clínico y poblacional.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de métodos de intervención nuevos y mejorados validados para fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en poblaciones expuestas a contraer enfermedades infecciosas o afectadas por esas enfermedades	0	5	2

La evaluación de 19 pruebas de diagnóstico serológico de la tuberculosis que están en el mercado puso de manifiesto que ninguna de ellas presenta resultados aceptables para detectar la tuberculosis ni se puede recomendar como sustituta de la microscopía de frotis ni utilizar en lugares donde no haya servicios de laboratorio. Un estudio multicéntrico sobre métodos de muestreo entomológico para la vigilancia del dengue mostró que un método de estudio de las pupas permitía determinar los tipos de recipientes de agua más productivos, esto es, aquellos en que se producen más del 70% de las pupas. Con el empleo de este instrumento la lucha antivectorial sería más costoeficaz, pues se podrían focalizar las intervenciones en los recipientes de agua más productivos y predecir mejor los riesgos de transmisión del dengue epidémico.

Se habrán formulado y validado políticas de salud pública nuevas y mejoradas para aplicar a escala real las estrategias existentes y nuevas de prevención y control, y habrá directrices accesibles para aplicarlas en los escenarios de lucha nacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de estrategias de salud pública nuevas y mejoradas de eficacia comprobada, y de cuya eficacia se han facilitado pruebas a las instancias decisorias	2	2	3
Número de políticas y estrategias nuevas y mejoradas para reforzar el acceso a intervenciones de salud pública formuladas, validadas y de uso recomendado	2	3	0

Un estudio a gran escala realizado en Sudáfrica puso de manifiesto que la introducción del tratamiento combinado basado en la artemisinina había dado lugar a una reducción considerable del número de casos de malaria y de defunciones atribuibles a la enfermedad. Se calculó que con ese tratamiento el costo por vida salvada era de US\$ 18, frente a US\$ 158 con medicamentos convencionales. Los datos sobre la vigilancia *in vivo* de la eficacia terapéutica de los antipalúdicos en 41 países de África en que la malaria es endémica proporcionaron pruebas adicionales para actualizar las políticas de tratamiento de la malaria y adoptar el tratamiento combinado basado en la artemisinina en 25 países. La administración de ivermectina para luchar contra la oncocercosis puede provocar graves reacciones adversas en las personas con un alto grado de infección por loa loa. En cuatro países de África se ha elaborado una estrategia no invasiva basada en un cuestionario para determinar el grado de endemidad de la loasis y el riesgo conexo de reacciones adversas. La estrategia ha sido adoptada por el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis y su aplicación a gran escala ha permitido que se vuelva a distribuir ivermectina en muchos lugares de África. Los estudios longitudinales del impacto de la administración masiva de medicamentos en los niveles de transmisión e infección correspondientes a la filarisis linfática pusieron de manifiesto que la infección había disminuido radicalmente en todos los lugares en que se había llevado a cabo el programa. Sin embargo, el impacto en la transmisión es variable y se ha determinado que en muchos lugares será necesaria una administración masiva de medicamentos durante un periodo más largo que los cuatro a seis años que se recomienda actualmente para conseguir eliminar la transmisión.

Se habrán establecido alianzas y se habrá proporcionado apoyo suficiente para fortalecer la capacidad de investigación y el desarrollo y aplicación de productos en países endémicos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de personas capacitadas	716	859	547
Número de instituciones de investigación consolidadas en países de bajos ingresos con enfermedades endémicas	4	6	4
Proporción de asociados de los países con enfermedades endémicas respecto del número total de asociados	72%	65%	77%
Proporción de progresos científicos nuevos e importantes realizados por científicos de países con enfermedades endémicas	49%	45%	57%

El número de licenciados alcanzó el objetivo fijado, pero el de personas formadas en cursos breves (492) distó mucho de la meta, que era de 800, en gran medida debido a la falta de presupuesto (véase más abajo). La participación de científicos de países endémicos en las actividades de investigación fue muy importante y superó con creces las metas establecidas para el bienio.

Se habrá facilitado a los asociados y usuarios acceso a información técnica y directrices de investigación adecuadas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de informes publicados en relación con el establecimiento de prioridades de investigación sobre enfermedades infecciosas desatendidas a nivel mundial	15	12	20
Promedio mensual de visitas a la página del Programa Especial en el sitio web de la OMS	133 968	200 000	296 061

Se publicaron los informes de dos grupos de trabajo científicos, en los que se analizan las prioridades y las necesidades mundiales de investigación en relación con la malaria y la leishmaniasis. El TDR preparó otros 18 instrumentos y directrices para la investigación de enfermedades tropicales.

Se habrán movilizado y gestionado eficientemente los recursos disponibles para investigación, desarrollo de productos y creación de capacidad.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Recursos relativos a las prioridades de investigación, desarrollo de productos y mejoramiento de las capacidades	US\$ 71,3 millones	US\$ 100 millones	US\$ 67,2 millones

Sólo se financiaron dos terceras partes del presupuesto establecido para 2004-2005. Las contribuciones hechas al TDR sin fines especificados siguieron descendiendo y el 42% de los fondos disponibles estaban destinados a actividades concretas de investigación. La disminución de la proporción de fondos no especificados ha limitado la capacidad del TDR para responder a las necesidades prioritarias y las oportunidades de investigación.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se crearon asociaciones de investigación eficaces, en particular con programas de lucha contra enfermedades y con la industria.
- El papel más destacado que desempeñan ahora los investigadores de países endémicos ha dado mayor relevancia a los resultados de las investigaciones.
- La determinación más adecuada de las prioridades a nivel mundial ha mejorado la costoeficacia de las actividades de investigación, al hacer que éstas se centren en las necesidades prioritarias para luchar contra las enfermedades.

Obstáculos

- Escasez de fondos: sólo se financiaron dos terceras partes del presupuesto.
- Las demandas de investigación y de participación en asociaciones superaron con creces los recursos financieros y humanos disponibles.
- La capacidad de investigación en los países endémicos sigue siendo muy insuficiente.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- El entorno de las investigaciones está cambiando rápidamente; muchos nuevos actores comienzan a participar en ellas, por ejemplo, las alianzas publicoprivadas se dedican al desarrollo de productos. El TDR está preparando una nueva estrategia global en la que se tendrán en cuenta esos cambios y se aprovecharán las ventajas comparativas del Programa en esferas de investigación concretas y en el ámbito de la creación de capacidad, la determinación de prioridades y la gestión de conocimientos.
- El TDR ha estado tratando de hacer demasiado con demasiados pocos recursos. La nueva estrategia tendrá por objeto centrarse en un número más reducido de cuestiones prioritarias y al mismo tiempo reforzar las actividades de recaudación de fondos para investigación sobre enfermedades tropicales.
- A pesar de los importantes logros alcanzados, no se conoce ampliamente el pleno alcance de las actividades de investigación de la OMS sobre enfermedades tropicales. Por consiguiente, en 2006 y 2007 se pondrán en marcha nuevas iniciativas de comunicación y promoción.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		114 468	3 350	70 836	74 186
Porcentaje	países	3	1	0	0
	regiones	7	10	1	2
	mundo	90	89	99	98

PALUDISMO

Objetivo(s) de la OMS

Fomentar y apoyar el despliegue masivo de medidas eficaces para hacer retroceder el paludismo y facilitar las operaciones de la alianza Hacer Retroceder el Paludismo.

Indicadores y logros

- *Tasa de prevalencia del paludismo y tasa de mortalidad relacionada con esta enfermedad entre los niños menores de cinco años.* Se estima que en el año 2004 hubo entre 350 millones y 500 millones de casos de paludismo. El número estimado de muertes por paludismo en el año 2000 entre la población infantil menor de cinco años en África se situó entre 710 000 y 896 000.
- *Proporción de menores de cinco años en áreas con riesgo de paludismo que usen medios eficaces de prevención (principalmente mosquiteros tratados con insecticida), y proporción con acceso a tratamiento apropiado.* Estudios realizados entre 1999 y 2004 indican un uso medio de mosquiteros tratados con insecticida entre los menores de cinco años en el África subsahariana del 3% (con un margen de variación de entre el 0,1% y el 63%).
- *Nivel de recursos financieros disponibles para apoyar una intensificación de las estrategias de control y prevención.* Una media del 8% del gasto sanitario nacional se dedicó al paludismo. En 2004, se liberaron en todo el mundo unos US\$ 205 millones mediante transferencias internacionales para combatir el paludismo.

Logros principales

- Durante el bienio, 43 países adoptaron terapias de combinación basadas en la artemisinina (TCA) para tratar el paludismo por *Plasmodium falciparum*, con lo que el número total de países que utiliza ese tratamiento asciende a 56, de los que 26 se encuentran en África. Otros 29 países han puesto en marcha políticas en materia de TCA, de los cuales 10 están en África. A finales de 2004 se produjo una crisis en el suministro, que logró superarse un año después, y en 2005 los países donde la enfermedad es endémica adquirieron 30 millones de ciclos del tratamiento combinado, frente a los 4 millones del año anterior. El Servicio de Medicamentos y Suministros Antipalúdicos fue creado, en primer lugar, para atender la demanda de TCA y, posteriormente, de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración. Gracias al apoyo de la OMS se incrementó la producción agrícola de Artemisia annua en África oriental, para poder satisfacer alrededor del 20% de la demanda mundial.
- En agosto de 2005, se publicó un informe mundial sobre la resistencia a los antipalúdicos basado en las actividades de vigilancia realizadas en colaboración en 60 países.
- Se examinaron las directrices y los métodos de garantía de calidad de las técnicas de microscopía para la detección del paludismo y se determinó que el laboratorio central para el diagnóstico de la malaria de Omán podría convertirse en un centro regional de excelencia en la Región del Mediterráneo Oriental. En la Región del Pacífico Occidental se puso en marcha una red de laboratorios de pruebas de diagnóstico rápido con garantía de calidad con el apoyo de la Sede; se elaboraron instrucciones, material didáctico y métodos para la realización de pruebas y la elaboración de productos de diagnóstico rápido, con el apoyo de una red de instituciones científicas de todo el mundo. Todos los Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental introdujeron pruebas de diagnóstico rápido para complementar la microscopía.
- En 2005 empezó a intensificarse el uso de mosquiteros tratados con insecticida en la Región de África y se distribuyó un total de 25 millones de mosquiteros entre los países donde el paludismo era endémico, gracias a un importante aumento de las sumas desembolsadas. Entre los logros alcanzados en ese ámbito también figuran las actividades de promoción emprendidas por la OMS y el UNICEF en favor del suministro gratuito o muy subvencionado de mosquiteros entre los grupos vulnerables, diversas campañas colectivas realizadas en varios países africanos y el acceso a mosquiteros impregnados con insecticida de larga duración de dos marcas aprobadas por el Plan OMS de Evaluación de Plaguicidas. Los Países Bajos, la OMS, el UNICEF y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja prestaron apoyo a los ministerios de la salud de Burkina Faso, el Chad, Madagascar y Malí para que suministraran mosquiteros impregnados con insecticida de larga duración y emprendieran actividades de inmunización sistemática en el marco del Programa Ampliado de Inmunización, así como durante los días nacionales de inmunización: alrededor de 383 000 mosquiteros fueron distribuidos entre niños menores de cinco años; el programa de prevención del paludismo durante el embarazo recibió apoyo en Burkina Faso, Gambia, Guinea-Bissau y Madagascar, donde los servicios de atención prenatal suministraron 87 000 mosquiteros tratados con insecticida de larga duración y 600 000 comprimidos de sulfadoxina-pirimetamina, como tratamiento preventivo intermitente; por último, en los seis países citados se llevó a cabo una campaña a gran escala de impregnación y reimpregnación de más de dos millones de mosquiteros. La puesta en marcha de iniciativas «inmediatamente rentables» destinadas a lograr con rapidez la cobertura universal de mosquiteros tratados con insecticida en África dio lugar a una reunión internacional de alto

nivel, documentada con los análisis de la OMS acerca de las necesidades financieras y de suministro, así como las relativas a la creación de un sistema.

- En la Región del Mediterráneo Oriental, se elaboraron un plan estratégico, directrices e instrumentos para evaluar las necesidades de la lucha antivectorial. Otras regiones están preparando proyectos para el manejo integrado de vectores que permitan crear plataformas de colaboración intersectorial e intrasectorial y movilizar recursos.
- La OMS colaboró con los Emiratos Árabes Unidos en la obtención de la certificación y prestó su apoyo a los programas de eliminación en la Arabia Saudita, el Iraq y la República Islámica del Irán. En la Región de Europa, donde el número declarado de casos de paludismo se redujo casi a la mitad a lo largo del bienio, los países afectados por la enfermedad respaldaron en 2005 una declaración regional para pasar de la lucha contra el paludismo a su eliminación. En la Región de las Américas, en ocho de los 21 países donde la enfermedad es endémica, a lo largo del bienio se mantuvo la reducción de más del 50% de los casos declarados de paludismo (comparado con el año 2000), mientras que otros siete países notificaron una reducción de casos inferior al 50%. También logró evitarse la reaparición de la transmisión en los países que habían obtenido la certificación de la eliminación.
- En diciembre de 2005 se publicó un manual interinstitucional sobre la lucha contra el paludismo en situaciones complejas de emergencia¹ y se puso en marcha una red en ese ámbito bajo la dirección de la OMS. Durante el bienio, también se publicó un informe de una reunión consultiva técnica sobre las epidemias de paludismo.²
- En 2004, la OMS contribuyó a la preparación de 15 de las 26 propuestas sobre paludismo presentadas con éxito (14 de ellas en África), que se elaboraron para la cuarta ronda del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. En 2005, la OMS colaboró en la elaboración de las propuestas preparadas por 35 países para la quinta ronda; 14 de ellas fueron presentadas con éxito, lo que permitió añadir US\$ 208 millones a los US\$ 995 millones desembolsados en total en las cuatro primeras rondas. El personal de la OMS en los países prestó un apoyo constante a casi todos los destinatarios de las subvenciones concedidas por el Fondo Mundial para combatir el paludismo y en 2005 se puso en marcha un sistema de información accesible por Internet para llevar un seguimiento de los resultados de cada país.
- El 3 de mayo de 2005 se presentó el primer Informe sobre el Paludismo en el Mundo, que incluye nuevas estimaciones sobre la carga del paludismo en el planeta. La Oficina Regional para África publicó el primer informe sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción de la Declaración de Abuja, con datos que abarcan el periodo que se extiende hasta 2005. La base de datos mundial sobre paludismo se amplió para incluir información de los principales indicadores sobre la aplicación de los programas de control. Los estudios sobre el control del paludismo recibieron apoyo en nueve Estados Miembros de la Región de África, dos de la Región del Mediterráneo Oriental (Somalia y el Sudán) y tres de la Región del Pacífico Occidental (Camboya, China y la República Democrática Popular Lao). La OMS también desempeñó un papel primordial en los exámenes de los programas de Filipinas y Myanmar en 2005.
- En 2005 la 58ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA58.2, donde se pedía alcanzar antes de 2010 una cobertura mínima del 80% de la población expuesta al paludismo en las principales intervenciones de lucha contra la enfermedad. Esa petición encontró eco en la resolución sobre el Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2005, así como en el plan estratégico mundial 2005-2015 de la alianza Hacer Retroceder el Paludismo, adoptado en el marco del llamamiento mundial para la acción de Yaundé del Foro V de la alianza Hacer Retroceder el Paludismo en noviembre de 2005.
- En 2005 se concertaron dos planes de acción en el marco de la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo, uno en Dakar en marzo y otro en Ginebra en octubre, que atrajeron la atención de los medios de información internacionales.

Descripción de algunos logros

En 2004 había 1,6 millones de desplazados internos en la región sudanesa de Darfur, donde la transmisión del paludismo es estacional. En mayo, antes de la estación de transmisión del paludismo, la OMS publicó una serie de directrices para la prevención y el control de la enfermedad en Darfur, dirigidas a los servicios nacionales, los asociados internacionales y las organizaciones no gubernamentales. Bajo la orientación de la OMS, se adoptó el tratamiento combinado basado en la artemisinina, junto con las pruebas de diagnóstico rápido y las visitas domiciliarias; se fumigaron campamentos, alcanzando una cobertura del 85% antes de la estación de transmisión, se distribuyeron mosquiteros tratados con insecticida, se drenaron lagunas y se estableció un sistema de vigilancia semanal. Entre mayo y octubre de 2004, se declaró un total de 118 384 casos de paludismo (una tasa de ataque del 7,4/100) y se registró un total de 215 muertes por paludismo. La tasa de letalidad se situó en el 0,2%, por debajo de la tasa actual de la mayoría de los países donde la enfermedad es endémica.

¹ *Malaria control in complex emergencies: an interagency field handbook*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² *Malaria epidemics: forecasting, prevention, early detection and control: from policy to practice: report of an informal consultation, Leysin, Switzerland 8-10 December 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Las autoridades nacionales serán capaces de desplegar masivamente medidas de lucha antipalúdica costoeficaces y sostenibles, como parte del desarrollo de sistemas de salud o en estrecha relación con él.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción (%) de países donde el paludismo es endémico que han adoptado una estrategia de distribución de mosquiteros tratados con insecticida donde al menos el 60% de la población destinataria se protege con esos mosquiteros	10%	30%	El 61% de los países donde la enfermedad es endémica (30 de 49 en África) cuenta con estrategias cuya meta mínima de cobertura es el 60%. Cinco países alcanzaron ese objetivo, a saber, Eritrea, Gambia, Malawi, el Níger y el Togo.
Número de países que administran terapias de combinación basada en la artemisinina como tratamiento de primera o segunda línea contra el paludismo por <i>Plasmodium falciparum</i>	13	40	29 de los 56 países que administran tratamientos de combinación basados en la artemisinina están distribuyendo medicamentos. Otros 27 países han adoptado políticas en materia de TCA pero todavía no las han puesto en marcha.

Se habrán establecido mecanismos que faculten a las comunidades, en particular a las más pobres, para tomar las medidas apropiadas a fin de incrementar y sostener la lucha contra el paludismo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que aplican estrategias de comunicación respaldadas por todos los asociados en pro de la consecución de los objetivos establecidos en la Declaración de Abuja sobre la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo en África	0	14	40 países africanos con una carga de paludismo considerable pasaron de estrategias de comunicación que giraban en torno a «la estrategia y la política» para combatir el paludismo, a estrategias de comunicación que giran en torno a «intensificar para obtener más resultados».

Durante el bienio se registró un avance sin precedentes en la elaboración de políticas racionales relativas a todas las intervenciones para combatir el paludismo y, en cierta medida, al suministro de mosquiteros impregnados con insecticida en la Región de África. Además, el tratamiento domiciliario se aplica ahora en 15 países en la subregión del Gran Mekong, donde se llevan a cabo de forma sistemática actividades para mejorar la estrategia de comunicación con la población de los programas. No obstante, en términos generales, la rapidez con que se aplican las intervenciones de lucha contra el paludismo no se corresponde con un mayor impulso de la demanda o una mayor participación de la comunidad.

Se habrá establecido un sistema para la vigilancia sistemática de las medidas de lucha contra el paludismo en todos los países donde la enfermedad es endémica.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países donde el paludismo es endémico que disponen de sistemas eficaces de vigilancia de la morbilidad y la mortalidad por paludismo e informan anualmente a la OMS	80/105 (75%) en 2001	90/105 (85%) en 2004	El 46% (48 de 105 países) facilitaron datos sobre la morbilidad y la mortalidad por paludismo en 2004 a finales de 2005.
Proporción de países donde el paludismo es endémico que efectúan encuestas domiciliarias representativas a nivel nacional para vigilar la cobertura de mosquiteros tratados con insecticida y el acceso a un tratamiento eficaz en un plazo de 24 horas	43% (45/105)	60% (63/105)	48% (32 de 105 países). Se efectuaron encuestas demográficas de salud/encuestas de conglomerados de indicadores múltiples en cinco países en 2004 y en 27 en 2005.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países donde hay riesgo de brotes epidémicos de paludismo que disponen de un plan de preparación frente a una epidemia de paludismo dotado de acuerdo con las directrices de la OMS	5	15 de 25 países africanos propensos a sufrir epidemias	15 de 25 países africanos propensos a sufrir epidemias elaboraron planes de preparación frente a epidemias.

Se han realizado progresos tangibles en esta área, con la publicación del Informe sobre el Paludismo en el Mundo y el informe sobre el logro de los objetivos de Abuja. También se han fortalecido las actividades de vigilancia y evaluación, y se han efectuado más encuestas y de mejor calidad en los Estados Miembros de todas las regiones. Sin embargo, la presentación de informes sigue siendo incompleta y la mayoría de los países se demora excesivamente en su entrega; muy pocos países disponen de un sistema de vigilancia del paludismo sujeto a controles de calidad que esté plenamente en funcionamiento. Si bien 15 de los 25 países africanos han elaborado planes de preparación frente a epidemias, la mayoría de ellos o no tienen ninguna financiación o cuentan con una financiación parcial.

Se habrá prestado apoyo tanto a las actividades de sensibilización mundial sobre la importancia del paludismo como a los esfuerzos tendentes a aumentar los recursos disponibles para combatirlo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países afectados por el paludismo que cuentan con una estrategia nacional concertada para promover la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo	35	44	43 países africanos que satisfacían los requisitos exigidos, con una carga de paludismo considerable obtuvieron recursos adicionales a través del Fondo Mundial. Los países que no cumplían los requisitos son Argelia, Botswana, Egipto y Sudáfrica.

Es probable que el problema mundial del paludismo recibiera mayor cobertura internacional de los medios de información que nunca antes en el pasado; por otro lado, el Presidente de los Estados Unidos y el Banco Mundial emprendieron nuevas e importantes iniciativas. Ahora bien, gran parte de la cobertura mediática fue negativa, ya que se acusó a la OMS y a la alianza Hacer Retroceder el Paludismo de no realizar suficientes progresos.

Se habrán establecido normas técnicas para combatir el paludismo y se habrá asegurado el suministro de apoyo técnico a los países.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países donde el paludismo es endémico que efectúan una gestión integrada de los vectores para combatir el paludismo de conformidad con las directrices de la OMS	36	54	15 países celebraron reuniones nacionales para alcanzar un consenso respecto de la gestión integrada de los vectores (de los 24 conscientes de la necesidad de modificar las políticas y oficialmente comprometidos con poner a prueba la gestión integrada).

La mayoría de los países donde el paludismo es endémico recibieron algún tipo de apoyo técnico de la OMS; sin embargo la eficacia de éste se vio limitada por la falta de personal técnico competente de la Organización en los países. En 2005 terminó de prepararse una gran parte de los documentos de orientación técnica sobre manejo de casos y lucha antivectorial, que tanto se necesitaban, cuya publicación estaba prevista para principios de 2006.

Se habrá prestado apoyo en las áreas de investigación y desarrollo de alta prioridad, incluidas las terapias combinadas, las pruebas diagnósticas, los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración y el tratamiento preventivo intermitente, y los resultados obtenidos se habrán incorporado en los planes nacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que han formulado estrategias basadas en pruebas científicas para hacer retroceder el paludismo	9	20	35 países, todos ellos países africanos no afectados por emergencias complejas, alcanzaron este logro.

Se realizaron avances importantes con relación a la garantía de calidad de las pruebas de diagnóstico rápido y de la evaluación de los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración, si bien, en términos generales, la falta de fondos fue un grave obstáculo de cara a evaluar la seguridad de los nuevos medicamentos y las investigaciones operativas y aplicadas.

Se habrá desarrollado en los países la capacidad requerida para la formulación de políticas, la gestión de programas y la movilización social.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países donde el paludismo es endémico, y donde se recaban y analizan datos sobre las necesidades de recursos humanos	0	5	3 (Malawi, Rwanda y Somalia)
Número de países donde el paludismo es endémico, que se han beneficiado del fortalecimiento de la competencia profesional del personal sanitario nacional para desarrollar capacidad (transferencia de técnicas didácticas)	3	17	1 (Etiopía)
Número de consultores nacionales/oficiales profesionales nacionales con formación en VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo, que prestan apoyo técnico y programático de forma coordinada al programa nacional de lucha contra el paludismo/alianza Hacer Retroceder el Paludismo	0	17	En 2004 se impartió formación a 25 oficiales profesionales nacionales y funcionarios internacionales de programas de países africanos.
Número de países donde se fortalecieron las instituciones locales de formación para llevar a cabo actividades destinadas a desarrollar la capacidad nacional y distrital	2	18	No se impartió formación a nivel de país, pero se celebró un taller sobre el control del paludismo a nivel distrital y se preparó un manual sobre la lucha antipalúdica para los distritos.

En todas las regiones se apoyó la realización de actividades de formación internacionales orientadas a la obtención de resultados. Se realizaron progresos en la preparación de una carpeta de material didáctico para los distritos. Se prestó atención al desarrollo de capacidad de la OMS, en particular de los oficiales profesionales nacionales. En 2005, el Centro Nazareth de Formación en Paludismo (Etiopía) se benefició del fortalecimiento institucional para llevar a cabo un curso internacional sobre paludismo y planificación de la lucha antipalúdica dirigido a participantes anglófonos.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- En la Región de África se fortaleció la estructura de apoyo a los países: se mejoró la dotación de personal, se estableció una clara demarcación de las responsabilidades y de los canales de comunicación entre el plano nacional, interpaís y regional, y se nombró a coordinadores de equipo en las oficinas regionales. También se considera que uno de los factores de éxito esenciales de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental fue contar con una unidad regional bien estructurada y dotada de personal competente a nivel de país.
- El acceso a servicios de teleconferencia permitió celebrar reuniones inmediatas y mejorar la coordinación entre los equipos interpaíses, la Oficina Regional para África y la Sede.
- El sólido compromiso político de algunos países hizo que fuera posible asignar recursos nacionales.
- El personal internacional de campo de la OMS sobre el terreno tiene una importante presencia en algunos países donde el paludismo es endémico.
- Se dispuso de suficientes fondos extrapresupuestarios para determinadas actividades regionales prioritarias e iniciativas interpaíses, en especial en las Regiones de África, Europa y el Pacífico Occidental.
- En la actualidad se dispone de suficiente financiación para determinados programas nacionales.
- Algunos países (como por ejemplo, la Arabia Saudita y el Yemen) han iniciado una colaboración bilateral.

- En la cuarta y quinta rondas de financiación del Fondo Mundial uno de los requisitos ligados a la presentación de solicitudes era la existencia de políticas en materia de tratamiento combinado basado en la artemisinina, lo que facilitó la toma de decisiones por parte de los países.
- Algunos países gozaron de una participación bien coordinada de asociados con puntos fuertes complementarios.

Obstáculos

- Los plazos de compra y la escasez de TCA retrasaron la aplicación de nuevas políticas en varios países; del mismo modo, la reducida disponibilidad de mosquiteros impregnados con insecticida de larga duración también ralentizó su puesta en marcha.
- Se produjo un déficit general en el presupuesto de la OMS para la lucha contra el paludismo destinado a las actividades necesarias para facilitar un mayor despliegue de medidas eficaces en los países. Se están produciendo recortes presupuestarios a todos los niveles.
- Faltan fondos para contratar o retener a personal internacional de la OMS allí donde la complejidad de la situación del paludismo y las deficiencias de los programas nacionales hacen que sea indispensable. En algunas regiones, esto se debe a las enormes reducciones de las transferencias con cargo al presupuesto realizadas desde la Sede.
- El sistema de cuota de personal por países plantea problemas en cuanto a la continuidad de algunos miembros del personal. La falta de organización y coordinación del apoyo técnico prestado por los asociados en la Región de África dio lugar a duplicaciones y a una carga excesiva de trabajo para algunos organismos nacionales.
- En las Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, la mayoría de las propuestas presentadas en la quinta ronda del Fondo Mundial fueron rechazadas, pese a que a menudo su calidad era al menos tan buena como la de algunas de las propuestas aceptadas en rondas anteriores. Ello provocó frustración entre los países.
- En ocasiones, la transferencia de fondos a los países con cargo al Fondo Mundial es excesivamente lenta y burocrática.
- La calidad y la cantidad de los recursos humanos disponibles en algunos países son insuficientes, en particular en cuanto a la planificación y la gestión, la aplicación de intervenciones de lucha antivectorial y las pruebas de microscopía para la detección del paludismo.
- Muchos países disponen de sistemas de vigilancia y de evaluación deficientes, carecen de datos de referencia sobre los indicadores de cobertura y tienen fondos insuficientes para llevar a cabo los estudios necesarios.
- Las situaciones de emergencia complejas, en especial en algunos Estados Miembros de las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental, entorpecen el acceso a las zonas donde el paludismo es endémico, en particular a los consultores externos.
- La calidad de algunas actividades se ha visto afectada por la escasa disponibilidad de apoyo financiero del Fondo Mundial en los países que hacen frente a problemas graves de ejecución y desempeño, y existe el peligro de que la puesta en marcha de actividades prioritarias de la OMS sea aplazada o quede cancelada.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Se necesita una intensa campaña de sensibilización bien concebida con el fin de promover la adopción de políticas eficaces en los países.
- Es esencial asociarse con instituciones que tengan ventajas comparativas complementarias a fin de garantizar el logro de los objetivos.
- Hay que gestionar las alianzas muy de cerca para cerciorarse de que todo el mundo tiene una perspectiva clara y común.
- La OMS ha de formular una metodología clara que tenga un número reducido de indicadores claros para estimar la carga de paludismo y llevar a cabo actividades de vigilancia, supervisión y evaluación, en especial en los países fuera del África tropical.
- El deseo de pasar de la lucha antipalúdica a la eliminación de la enfermedad a nivel nacional y la disponibilidad de instrumentos eficaces podría facilitar la adopción de decisiones encaminadas a emprender nuevos programas de eliminación en las Regiones de Europa y el Mediterráneo Oriental.
- Hay que garantizar la continuidad del personal internacional de la OMS en países clave.
- La experiencia y las lecciones aprendidas de la sólida red de países de la subregión del Gran Mekong deben compartirse más adecuadamente con otros Estados Miembros de las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, en particular en la última, donde la incidencia del paludismo es más elevada.
- La OMS ha de centrarse más en el sector privado, que está prosperando en la región y que administra, en muchos países, la mayoría de los tratamientos antimaláricos. Al hacerlo, se procurará elaborar estrategias adecuadas en colaboración con otros programas de la OMS.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		126 140	19 464	137 200	156 669
Porcentaje	países	26	39	24	26
	regiones	45	32	22	23
	mundo	29	29	54	51

TUBERCULOSIS

Objetivo(s) de la OMS

Reforzar el apoyo técnico y financiero de los países, sobre la base del plan de expansión de la estrategia DOTS a nivel mundial; aumentar el acceso a medicamentos de alta calidad a través del Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis; facilitar las operaciones de la Alianza Alto a la Tuberculosis; acelerar el desarrollo de intervenciones, estrategias y políticas específicas en relación con la expansión de la DOTS, la doble infección tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y el aumento de la participación de las comunidades, las organizaciones no gubernamentales locales, los médicos privados y los agentes de atención primaria; encabezar la vigilancia, el monitoreo y la evaluación mundiales, y promover y catalizar la realización de investigaciones sobre nuevos medios diagnósticos, medicamentos y vacunas.

Indicadores y logros

- *Tasas de implantación del DOTS y cobertura mundial con DOTS.* A finales de 2004, el tratamiento DOTS, que sigue siendo el núcleo de la estrategia Alto a la Tuberculosis, se estaba aplicando en 183 países; la cobertura de la población fue completa en nueve de los 22 países con alta carga de tuberculosis y casi completa en otros cinco.
- *Tasas mundiales de detección y curación de casos.* En 2004 las tasas mundiales de detección de casos fueron de un 53% y es probable que en 2005 superen el 60%. La tasa de éxito de los tratamientos fue de un 82% en la cohorte de 2003 (1,7 millones de pacientes), cifra muy próxima a la meta de un 85% fijada para 2005.
- *Recursos financieros disponibles a nivel mundial para las actividades de lucha contra la tuberculosis.* Debido al incremento de la financiación interna e internacional, los fondos destinados a la lucha contra la tuberculosis en los 22 países con la carga más alta de la enfermedad pasaron de algo más de US\$ 900 millones en 2004 a US\$ 1200 en 2005.

Logros principales

- Se aumentó el apoyo prestado a todas las regiones para acelerar la expansión del DOTS, y en 2005 se formuló una nueva estrategia Alto a la Tuberculosis, en torno al DOTS, y se establecieron normas internacionales para la atención a enfermos de tuberculosis,¹ que el Grupo Consultivo Técnico y Estratégico de la OMS para el Control de la Tuberculosis respaldó.
- Se estableció el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 en estrecha colaboración con organizaciones asociadas y se alcanzó una gran parte de los objetivos fijados en el primer Plan Mundial 2001-2005.
- Se siguieron vigilando las tasas mundiales de detección y curación de casos y presentándolas en los informes anuales de la OMS sobre vigilancia, planificación y financiación de la lucha mundial contra la tuberculosis (2004 y 2005).
- El número de asociados de la Alianza Alto a la Tuberculosis aumentó a más de 400, y se creó el Fondo Fiduciario para la Lucha contra la Tuberculosis, con acuerdos de financiación a largo plazo firmados con varios donantes.
- El Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis suministró tratamientos para más de seis millones de pacientes de 70 países.

Descripción de algunos logros

En las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental se registraron notables progresos en el logro de las metas fijadas con respecto a la lucha mundial contra la tuberculosis. En la Región de Asia Sudoriental, las tasas de detección de casos habían aumentado a un 59% a finales de 2004 y pasaban de un 60% a finales de 2005. Las tasas de éxito de los tratamientos ya han superado la meta fijada, que era de un 85%. En cuanto a la Región del Pacífico Occidental, se prevé haber alcanzado las metas en cuanto a detección de casos y curación establecidas para 2005. La colaboración con el sector privado y con organizaciones no gubernamentales permitió que el uso del DOTS se extendiera más allá de los servicios de salud pública, lo que hizo que la tasa de detección de casos aumentara en un 24% por término medio. Se están estableciendo actividades de colaboración sobre la tuberculosis y el VIH y proyectos de tratamiento de la tuberculosis multirresistente. La Oficina Regional para Asia Sudoriental desarrolló un plan estratégico regional a 10 años para orientar a los países en la planificación de las actividades para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la tuberculosis. La Región del Pacífico Occidental está ultimando un plan estratégico regional para 2006-2010, cuyo fin es reducir a la mitad la prevalencia de la enfermedad y las tasas de mortalidad por tuberculosis para 2010, en consonancia con las metas fijadas por el Comité Regional para el Pacífico Occidental y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

¹ *International standards for tuberculosis care.* The Hague Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2005.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá mantenido y ampliado el plan mundial de expansión de la estrategia DOTS, sosteniéndolo con el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, incluidos objetivos y valores compartidos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Tasas mundiales de detección de nuevos casos bacilíferos en el marco de los programas de DOTS	45%	70%	53% (2004) ¹
Tasas mundiales de éxito de los tratamientos de los nuevos casos bacilíferos en el marco de los programas de DOTS	82%	85%	82% (cohorte de 2003)

Está previsto que las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental alcancen las dos metas fijadas para 2005. El Objetivo de Desarrollo del Milenio 8 relativo a la tuberculosis consiste en haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de la enfermedad. La Alianza Alto a la Tuberculosis ha respaldado otras metas para 2015, entre otras, la de reducir a la mitad las tasas de prevalencia y las muertes por tuberculosis registradas en 1990. Se prevé que la aplicación del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 permitirá alcanzar esas metas, excepto en las Regiones de África y Europa Oriental.

Se habrán puesto en marcha alianzas nacionales en forma de mecanismos de coordinación en los países, en apoyo de la aplicación de los planes nacionales de expansión de la DOTS a largo plazo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países con planes y alianzas nacionales funcionales, de los 22 con alta carga de tuberculosis	15 de 22	22 de 22	21 de 22

Existen mecanismos y planes nacionales de coordinación interinstitucional, y durante el bienio se llevaron a cabo actividades encaminadas a establecer alianzas para detener la tuberculosis a nivel de los países. A finales del bienio, las oficinas regionales de la OMS también estaban trabajando con 87 países destinatarios (además de los que tienen una alta carga de tuberculosis) en planes y mecanismos de coordinación en el marco de su planificación sanitaria nacional.

Se habrá mantenido el Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis, y habrá aumentado el acceso a los tratamientos y la curación.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de pacientes adicionales tratados gracias al apoyo recibido del Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis en forma de subvenciones y servicios de adquisiciones directas	No establecido	Proporcionar medicamentos contra la tuberculosis a 4 millones de pacientes	Se proporcionó tratamiento a 4,29 millones de pacientes por mediación del Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis.

El Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis amplió considerablemente sus servicios de adquisiciones directas; desde su creación se ha proporcionado tratamiento a más de seis millones de pacientes de 70 países.

Se habrá asegurado un compromiso político sostenido y la movilización de recursos suficientes gracias al mantenimiento de la Alianza Alto a la Tuberculosis y a una comunicación eficaz del concepto, la estrategia y los progresos del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países con una estrategia nacional acordada para detener la tuberculosis con la ayuda de medidas de sensibilización	22 países	39 países	39 países

¹ Datos más recientes de que se dispone. En el informe sobre la lucha mundial contra la tuberculosis de 2007 se informará acerca del logro de las metas fijadas para 2005.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Recursos financieros internacionales disponibles para las actividades de lucha contra la tuberculosis en 22 países con alta carga de tuberculosis	US\$ 141 millones (2003)	No establecido	US\$ 148 millones (2004) US\$ 194 millones (2005)
Número de nuevos asociados en la lucha contra la tuberculosis	330 asociados	400 asociados	438 asociados

Dado el incremento de la financiación interna e internacional, los fondos destinados a la lucha contra la tuberculosis en los 22 países con la carga más alta de la enfermedad pasaron de algo más de US\$ 900 millones en 2004 a US\$ 1200 en 2005. Está previsto que en 2006 esos fondos lleguen a cifrarse en US\$ 1400 millones. La Alianza Alto a la Tuberculosis, ya bien consolidada, facilitó una mayor coordinación de las medidas de promoción y movilización de recursos a nivel mundial, especialmente por medio de su primer Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2001-2005, del foro de asociados que se celebró en Nueva Delhi en 2004, de la labor de siete grupos de trabajo y de la formulación del segundo Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015.

Se habrán mantenido y ampliado los sistemas mundiales de vigilancia y evaluación para seguir de cerca los progresos realizados hacia las metas mundiales, las asignaciones de recursos específicos para la lucha contra la tuberculosis y el impacto de las actividades de control.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países que presentan informes anuales sobre vigilancia, planificación y financiación para que se incluyan en el informe anual sobre la lucha mundial contra la tuberculosis	Información sobre actividades de vigilancia: 94% Datos financieros: 64%	No establecida	Información sobre actividades de vigilancia: 95% Datos financieros: 66%

Actualmente se dispone de datos sobre 11 años consecutivos (1994-2004) para evaluar los progresos en cuanto al logro de las metas relativas a la lucha mundial contra la tuberculosis. En 2005 se recibieron informes financieros de los países en los que se concentra el 91% de la carga mundial estimada de tuberculosis. La cantidad y la calidad de los datos financieros han seguido mejorando.

Se habrán formulado nuevas políticas y estrategias para abordar la multirresistencia y para mejorar la lucha contra la tuberculosis en los países con alta prevalencia del VIH.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que emprenden intervenciones combinadas entre los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis y contra el SIDA	8	15	19 países cuentan con una política nacional para realizar pruebas de detección del VIH y ofrecer asesoramiento a los pacientes de tuberculosis, y 23 tienen una política de detección de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH/SIDA.
Proporción de países destinatarios que aplican el DOTS revisado para combatir los casos multirresistentes de la enfermedad	15	30	El Comité Luz Verde aprobó programas sólidos de lucha contra la tuberculosis multirresistente en 30 países, para un total de casi 13 000 pacientes.
Proporción de todos los países que vigilan la polifarmacorresistencia	77	90	Se recibieron datos sobre la vigilancia de la resistencia a medicamentos de 90 países e información sobre las tendencias de 26 países.

Se ha registrado un importante incremento del número de pacientes coinfectados que acceden a servicios conjuntos; el número de personas que viven con el VIH/SIDA y se someten a pruebas de detección de la tuberculosis se ha multiplicado por 10 y el de los pacientes de tuberculosis que se hacen pruebas de detección del VIH y reciben asesoramiento al respecto se ha cuadruplicado. Gracias al aumento de la financiación se están pudiendo expandir las actividades de colaboración relacionadas con la tuberculosis

y el VIH. Durante el bienio se produjo un incremento notable de la vigilancia de la tuberculosis multirresistente y de las medidas de lucha contra ella en los países con pocos recursos. Se formularon directrices sobre la gestión programática de la tuberculosis multirresistente; se revisaron las directrices relativas a la vigilancia de la resistencia medicamentosa; se incluyeron las actividades de lucha contra la tuberculosis multirresistente en la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis; se reforzó la creación de capacidad en gestión de la tuberculosis multirresistente y apoyo técnico en esa esfera; se asignaron más fondos a las actividades nacionales, y se evaluó positivamente la viabilidad y costoeficacia de la lucha contra la tuberculosis multirresistente. Además se establecieron planes de ejecución, en particular para los tres países a los que corresponde el 68% de la carga mundial de tuberculosis multirresistente (China, la Federación de Rusia y la India), y se formuló un plan estratégico decenal.

Se habrán formulado nuevas políticas y estrategias para incrementar la detección de casos y las tasas de curación a través de la participación de todos los dispensadores de atención de salud gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales locales, los agentes de atención sanitaria de la comunidad y los médicos privados, así como a través de servicios de atención respiratoria integrados en el nivel de atención primaria.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que pueden ampliar la atención de la tuberculosis en todos los servicios gubernamentales y a través de organizaciones no gubernamentales locales que operan en las áreas más pobres	20 países	40 países	100% (40 países)
Proporción de países destinatarios que emprenden intervenciones mixtas publico-privadas y de atención comunitaria	9 países	20 países	100% (20 países)
Proporción de países destinatarios (con sistemas adecuados de salud) que ofrecen atención respiratoria integrada en el escalón primario	12 países	10 países adicionales	20 países 80% (8 países adicionales)

Durante el bienio 2004-2005 se logró mejorar con muchísima más rapidez la capacidad para prestar servicios DOTS de los establecimientos de salud relacionados directamente con los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis. Sin embargo, hay que llegar a muchos más pacientes que no reciben atención en esos servicios y establecer estrategias innovadoras para mejorar la detección de casos. Mientras que en África el objetivo principal fue ampliar los servicios de atención comunitaria de la tuberculosis, en Asia las actividades principales se centraron en recabar la participación de los diversos dispensadores de atención de salud públicos y privados, incluidas las organizaciones no gubernamentales locales. Las actividades correspondientes también se vieron impulsadas gracias a la disponibilidad de subvenciones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Por ejemplo, en China, Filipinas, la India, Indonesia, Kenya y Myanmar se hicieron grandes progresos en cuanto a la expansión de las iniciativas conjuntas de diferentes entidades públicas y de entidades públicas y entidades privadas. Se está introduciendo y ampliando en 20 países la atención respiratoria integrada en la atención primaria siguiendo la estrategia del Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar. Cinco de los mencionados países han adoptado la estrategia como política nacional y la están aplicando en todos los servicios nacionales de salud.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El aumento de las actividades de promoción y el interés por la tuberculosis a nivel mundial.
- El entusiasmo por avanzar en el cumplimiento de las metas mundiales, las estrategias y planes claros en apoyo de la ejecución acelerada de las actividades a nivel nacional y el incremento de los recursos.
- La coordinación de los asociados técnicos y financieros a nivel nacional, regional y mundial por mediación de la OMS y de la Alianza Alto a la Tuberculosis.
- La planificación conjunta de todas las oficinas de la OMS y el refuerzo del apoyo brindado a los países para las actividades de planificación, vigilancia y evaluación.

Obstáculos

- El hecho de disponer de pocas contribuciones voluntarias para fines no especificados limita la capacidad de la OMS para responder rápidamente a las peticiones de los Estados Miembros y los donantes de que se formulen políticas, se preste cooperación técnica y se lleven a cabo actividades de vigilancia y evaluación con prontitud.
- Las deficiencias de los sistemas de salud y las dificultades a la hora de ejecutar actividades se debieron a los siguientes factores: recursos humanos limitados a todos los niveles, corrientes de financiación insuficientes para la ejecución de actividades, falta de capacidad de laboratorio, incumplimiento de los compromisos nacionales de proceder a una expansión rápida de las actividades para combatir conjuntamente la tuberculosis y el VIH y falta de capacidad para atender a las solicitudes de asistencia técnica o de vigilancia y evaluación de los países.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La inversión en creación de capacidad de asistencia técnica para aprovechar el uso de nuevos recursos en la lucha contra la enfermedad es fundamental para la formulación de planes, el desarrollo de la capacidad de ejecución, la solución de problemas, la introducción de innovaciones locales y el análisis del impacto.
- En 2006-2007, la OMS deberá intensificar sus vínculos con los asociados técnicos en una red estructurada para poder dar la mejor respuesta posible a las necesidades de los Estados Miembros y de otros interesados; así pues, la Organización está trabajando en estrecha colaboración con los donantes, por medio del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, para tratar de subsanar la falta de fondos para asistencia técnica.
- La consolidación de nuevos enfoques eficaces de la estrategia Alto a la Tuberculosis debería permitir llevar a cabo una expansión conjunta más rápida y más coherente de los enfoques y recabar la participación de los asociados, en particular de las comunidades y las personas afectadas, y de todos los dispensadores de salud que intervienen en la expansión del acceso al tratamiento de la tuberculosis, a fin de garantizar una atención segura y eficaz y alcanzar las metas mundiales.
- El programa de trabajo 2006-2007 para esta área de trabajo está plenamente orientado a la ampliación de esta nueva estrategia integrada, aprovechando las políticas de la OMS y la experiencia y las innovaciones de los Estados Miembros. Lo mismo ocurre con el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, la planificación regional y los planes que marcan las pautas de los países con alta carga de morbilidad. Además, la estrategia promueve la colaboración con otras áreas de trabajo y la planificación a plazo medio.
- La colaboración activa con otros asociados y alianzas para robustecer los sistemas de salud, movilizar recursos, ajustar criterios en marcos de desarrollo más amplios y armonizar el apoyo a la ejecución y el intercambio de las mejores prácticas serán fundamentales para alcanzar las metas establecidas para 2015.
- En 2006-2007 se podrán lograr nuevos avances mediante el uso de las redes y los grupos de trabajo de la OMS de ámbito mundial, regional y nacional, los grupos de trabajo de la Alianza Alto a la Tuberculosis y los foros y las alianzas orientados a lograr otros Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y mediante la aplicación de los principios de las prácticas óptimas.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		124 531	13 027	139 465	152 492
Porcentaje	países	64	52	40	41
	regiones	14	30	12	14
	mundo	22	18	48	45

VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Objetivo(s) de la OMS

Lograr que los gobiernos estén mejor preparados técnica e institucionalmente para reducir la exposición de las personas a los principales factores de riesgo, y que los sistemas de salud estén preparados para hacer frente a la carga creciente de afecciones crónicas, y promover normas sobre la prestación de asistencia a las personas que padecen enfermedades no transmisibles.

Indicadores y logros

- *Número de países que adopten políticas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.*
- *Número de sitios de demostración sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.*
- *Número de redes mundiales y regionales que apoyen la ejecución del programa:* Un total de 76 países participaron en seis redes regionales; todos ellos cuentan ya sea con programas nacionales de prevención integrada de las enfermedades no transmisibles o con proyectos locales de demostración. La cuarta reunión del Foro Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, celebrada del 3 al 6 de noviembre de 2004 en Ottawa, contó con la participación de 14 delegados pertenecientes a seis redes regionales. Cada una de estas redes apoya la aplicación de programas nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Logros principales

- En un informe de la OMS publicado en octubre de 2005,¹ se insistió en la necesidad de intervenir urgentemente para contener y mitigar la creciente amenaza de diversas enfermedades crónicas.
- En respuesta a la creciente carga de mortalidad atribuible a las enfermedades no transmisibles y reconociendo el caudal de conocimientos que identifica una serie de factores de riesgo prevenibles, la Asamblea de la Salud aprobó en 2004 la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.²
- La campaña de concienciación sobre la diabetes puesta en marcha durante el último bienio bajo el lema «Actuemos contra la diabetes, ya» sentó las bases para respaldar la formulación de políticas nacionales en países de ingresos bajos y medios.
- En un número cada vez mayor de países en desarrollo se están estableciendo sistemas de vigilancia para los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Desde 2001 se ha implantado en 23 de los 47 países destinatarios un sólido método progresivo para asegurar esa vigilancia; 71 países recibieron capacitación relacionada con su aplicación. Entre otras herramientas importantes elaboradas en esta esfera cabe citar el método progresivo de vigilancia de los accidentes cerebrovasculares y el sistema de vigilancia de los comportamientos de riesgo extendidos entre los jóvenes.
- La adopción en mayo de 2005 por la Asamblea de la Salud de la resolución WHA58.22, sobre prevención y control del cáncer, contribuyó a que se intensificaran las actuaciones relacionadas con esta enfermedad. Se establecieron dos órganos: el Comité Consultivo de la OMS sobre el Cáncer, que presta asesoramiento al Director General, y el grupo técnico encargado de la formulación de una estrategia de control del cáncer. Se ha iniciado asimismo la elaboración de unas directrices sobre prevención y control del cáncer y la creación de una alianza de interesados directos en esta esfera.
- En 2005 se estableció una alianza mundial contra las enfermedades respiratorias, integrada por organizaciones, instituciones y organismos internacionales de países desarrollados y en desarrollo que comparten el objetivo de luchar contra las enfermedades respiratorias crónicas.
- Se iniciaron, con el firme apoyo de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, los preparativos para la creación de una iniciativa mundial contra las enfermedades crónicas.
- Se observó por primera vez una disminución considerable de la carga mundial de discapacidades visuales (los años de vida ajustados en función de la discapacidad disminuyeron de 45 millones a 37 millones a nivel mundial), debido principalmente a la tendencia descendente de diversas enfermedades transmisibles, como el tracoma o la oncocercosis, y también a la creciente implantación de programas de prevención de la ceguera en todo el mundo.

¹ *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² Resolución WHA57.17.

- Se lograron en las regiones progresos considerables en lo referente a la adaptación y aplicación de directrices para la lucha contra las enfermedades crónicas basadas en pruebas científicas. En la Región del Pacífico Occidental se ha implantado un marco progresivo para la planificación de intervenciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles que, por su exitosa aplicación, ofrece un modelo que promete convertirse en ejemplo de prácticas óptimas para otras regiones. El mencionado marco ya ha sido adaptado y divulgado en forma de informe¹ y a través de una serie de artículos sobre esta cuestión publicados en *The Lancet*.

Descripción de algunos logros

En vista de su exitosa aplicación, el marco para la planificación de intervenciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles implantado en Viet Nam representa un modelo de prevención y control que podría trasladarse a otros países. Por otro lado, ofrece una demostración práctica del método progresivo recomendado en el informe mundial sobre prevención de las enfermedades crónicas.¹ Esta herramienta se está proponiendo a los ministerios de salud como base para la creación de un entorno normativo y reglamentario dentro del cual puedan operar satisfactoriamente otros sectores. Las orientaciones y recomendaciones conexas van dirigidas a todos los interesados directos, tanto a instancias encargadas de la formulación de políticas y la planificación a nivel nacional o subnacional como a particulares.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán adoptado ampliamente en los países y regiones el marco de vigilancia de la OMS y métodos y material normalizados para simplificar los sistemas de vigilancia de las enfermedades no transmisibles a fin de fundamentar mejor las políticas y los programas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países de cada región que han organizado un taller de capacitación sobre el método «progresivo» de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo	5% (en las regiones de África, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental)	30% en las 4 regiones destinatarias	67% (representantes de 71 países de las 4 regiones destinatarias asistieron a talleres de planificación y coordinación y/o gestión de datos)
Porcentaje de países de cada región que han aplicado con éxito el método «progresivo»	0% (en las regiones de África, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental)	20% (21 países de las 4 regiones destinatarias)	22% (23 países en diversas etapas de aplicación del método progresivo)

Se ayudó a 71 países a fortalecer sus capacidades en materia de planificación y gestión de datos con fines de vigilancia, en el marco de cuatro talleres de capacitación regionales y más de ocho talleres de capacitación nacionales sobre el método progresivo de la OMS organizados en las distintas regiones. El número de países que durante el bienio aplicaron plenamente el método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas o alcanzaron la fase final de aplicación ascendió a 23. Se actualizó y distribuyó a cinco regiones un manual que ofrece a los centros deseosos de aplicar el método una sinopsis completa y orientación sobre el mismo. Se elaboraron también herramientas de introducción y análisis de datos para ayudar a los interesados a fortalecer las actividades de vigilancia y aplicar políticas de promoción de la salud. Se preparó otro manual sobre el método progresivo de vigilancia de los accidentes cerebrovasculares, en respuesta a la necesidad de mejorar la recopilación de datos, la prevención y el tratamiento en esa esfera. Esta herramienta, elaborada con la finalidad de reunir datos para los Estados Miembros, pasará a constituir un marco para la vigilancia y la recopilación de datos. El estudio de viabilidad se completó a finales del bienio, y ahora se invita a los países y sitios interesados a participar en el proyecto. En mayo de 2005 se publicó el segundo informe de la serie dedicada a la vigilancia de los factores de riesgo. En él se describe la situación a nivel de país de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles y su contribución a la carga de morbilidad atribuible a las enfermedades crónicas en las poblaciones; también se ofrecen datos estadísticos fundamentales para la planificación y ejecución de políticas sanitarias en todos los países. El informe se basa en una herramienta en línea, la InfoBase Mundial OMS, que ofrece información accesible, trazable y transparente sobre los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y su carga de mortalidad a nivel de países.

¹ *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

Se habrán establecido programas nacionales integrados de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, que abarcarán proyectos de demostración de base comunitaria, promoción de la salud, servicios de salud y desarrollo de políticas nacionales, y esos programas se habrán vinculado mediante redes regionales reforzadas y mediante el foro mundial para la prevención y el control de esas enfermedades.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países participantes en cada red regional	45 países participaban en redes regionales: Red de Intervención Integrada de Alcance Nacional en Enfermedades No Transmisibles (CINDI): 27; Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN): 5; Red del Mediterráneo Oriental para las Enfermedades No Transmisibles (EMAN): 6; Red de Intervenciones sobre las Enfermedades No Transmisibles en África (NANDI): 7	Lograr que aumente el número de países que participan en redes regionales	El número de países que participan en redes regionales aumentó a 76: Red de Intervención Integrada de Alcance Nacional en Enfermedades No Transmisibles (CINDI): 31; Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN): 14; Red del Mediterráneo Oriental para las Enfermedades No Transmisibles (EMAN): 6; Red de Intervenciones sobre las Enfermedades No Transmisibles en África (NANDI): 9; Red de Asia Sudoriental para la Prevención de las Enfermedades No Transmisibles (SEANET): 8; Red del Pacífico Occidental para las Enfermedades No Transmisibles (MOANA): 8
Número de países en las redes con programas nacionales específicos de demostración	27 países contaban con programas nacionales de demostración	Lograr que aumente el número de países con programas nacionales de demostración en el mundo entero	El número de países con proyectos nacionales de demostración aumentó a más de 40.
Proporción de países destinatarios que emprenden proyectos modelo	No se habían identificado países destinatarios	Lograr que aumente el número de proyectos modelo emprendidos por países que participan en redes regionales	El 45% de los países que participan en redes regionales emprendieron proyectos modelo. 34 países establecieron proyectos modelo. Los países que participan en las redes cuentan ya sea con programas nacionales de prevención integrada de las enfermedades no transmisibles o con proyectos locales de demostración.

Todas las regiones de la OMS han establecido redes. El número de países que participan en ellas aumentó durante el bienio de 45 a 76. Treinta y un países participan en la Red de Intervención Integrada de Alcance Nacional en Enfermedades No Transmisibles (CINDI), de la Región de Europa; 14, en el Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN), de la Región de las Américas; seis, en la Red del Mediterráneo Oriental para las Enfermedades No Transmisibles (EMAN); nueve, en la Red de Intervenciones sobre las Enfermedades No Transmisibles en África (NANDI); ocho, en la Red de Asia Sudoriental para la Prevención de las Enfermedades No Transmisibles (SEANET); y otros ocho en la Red del Pacífico Occidental para las Enfermedades No Transmisibles (MOANA). El número de proyectos nacionales de demostración también aumentó en todas las regiones. La cuarta reunión del Foro Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, celebrada del 3 al 6 de noviembre de 2004 en Ottawa, contó con la participación de 14 delegados pertenecientes a seis redes regionales. También asistieron representantes de organizaciones no gubernamentales internacionales, el Banco Mundial, la FAO y la OMS.

Se habrán adoptado estrategias y planes de acción multisectoriales sobre la dieta y la actividad física.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de regiones y países destinatarios con estrategias y planes multisectoriales sobre la dieta y la actividad física	No establecido	No establecida	En la Región de Europa, 44 Estados Miembros (84%) han adoptado, o elaborado pero aún no adoptado, o empezado a preparar un documento de política sobre nutrición. 29 Estados Miembros (55%) cuentan ya con su propio documento de política nacional sobre nutrición. En la Región de Asia Sudoriental, 4 Estados Miembros (35%) elaboraron o empezaron a preparar estrategias y planes multisectoriales sobre la dieta y la actividad física.

Aunque ningún país de la Región del Pacífico Occidental cuenta con estrategias y planes multisectoriales sobre la dieta y la actividad física, la labor en esta esfera está avanzando notablemente, y ello de diferentes modos: más del 80% de los Estados Miembros de esta región disponen ya como mínimo de uno de los instrumentos siguientes: un plan para el control integrado de las enfermedades no transmisibles; un plan de acción para la nutrición; o una política en materia de actividad física. Los progresos registrados en cuanto a la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud fueron lentos, debido principalmente a las limitaciones de recursos. No obstante, se lograron avances en todas las regiones, y varios Estados Miembros elaboraron planes en esta esfera. En las oficinas regionales para África y Asia Sudoriental se organizaron talleres regionales para estudiar enfoques regionales para la aplicación de la estrategia, y está previsto organizar en 2006 talleres similares para la Oficina Regional para las Américas/OPS y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. La Oficina Regional para Europa centró sus esfuerzos en la elaboración de una estrategia europea sobre las enfermedades no transmisibles y en los preparativos para una conferencia ministerial consagrada a la lucha contra la obesidad, que tendrá lugar en Estambul (Turquía) del 15 al 17 de noviembre de 2006. En la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental se están celebrando debates sobre esta cuestión. También se lograron avances considerables en lo que respecta a la respuesta de las industrias de la alimentación y de las bebidas sin alcohol frente a los problemas de salud pública causados por las dietas malsanas y la inactividad física.

Las regiones y los países habrán adoptado políticas y estrategias integrales a fin de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para hacer frente a las enfermedades crónicas, facilitar la observancia de los tratamientos y comportamientos, y reforzar la asistencia prolongada.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que adoptan políticas de mejora de la atención para las enfermedades crónicas	0%	6	8 Estados Miembros (133%) adoptaron políticas de mejora de la atención para las enfermedades crónicas: 4 en la Región de Asia Sudoriental y 4 en la Región del Pacífico Occidental.
Proporción de países destinatarios que adoptan estrategias para facilitar la observancia de los tratamientos prolongados	0%	6	4 Estados Miembros (67%) de la Región del Pacífico Occidental adoptaron estrategias de este tipo. No se dispone de más información, ya que el proyecto fue suspendido a nivel de la Sede.
Número de países con un sistema de atención de salud mejor adaptado a la prevención	0	6	14 Estados Miembros (5 de la Región de Asia Sudoriental y 9 de la Región del Pacífico Occidental)

El fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para hacer frente a las enfermedades crónicas consistió principalmente en la elaboración y ejecución de estrategias integrales para varios niveles de intervención de diferente índole. En la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, se prestó apoyo a 12 países para la formulación de una política integral y un marco estratégico para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud. Dos países pusieron en marcha asimismo programas nacionales de detección del cáncer cervicouterino. En la Región de Asia Sudoriental, se adoptaron políticas para la mejora de la atención prestada a las enfermedades crónicas en la India, Indonesia, Maldivas y Tailandia.

Asimismo, se evaluó en tres países la asequibilidad y disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento de las principales afecciones crónicas. En la Región del Pacífico Occidental los avances logrados se concentraron principalmente en la elaboración - en las Islas Cook, Filipinas, Mongolia y Viet Nam - de unas directrices sobre tratamiento clínico que engloban los tres indicadores. A nivel de la Sede, se evaluaron en 12 países diversas políticas para salvar los obstáculos que dificultan la prevención secundaria y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares; asimismo, se implantaron en ocho Estados Miembros de cinco regiones (Brasil, Federación de Rusia, Indonesia, Pakistán, República Islámica del Irán, Sri Lanka, Túnez y Turquía) estrategias para colmar las deficiencias detectadas. Doce Estados Miembros de cinco regiones (más concretamente sitios de demostración ubicados en Bangladesh, Chile, China, India, Indonesia, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Pakistán, Sri Lanka y Túnez) adoptaron, alentados por la Organización, el paquete de medidas propuesto por la OMS para reducir los riesgos asociados a las enfermedades cardiovasculares, con miras a fortalecer la capacidad de sus sistemas de salud para hacer frente a estas afecciones y a los factores de riesgo conexos.

Se habrán identificado intervenciones de prevención secundaria y de prevención y tratamiento clínicos; se habrán difundido directrices basadas en la evidencia para el manejo del cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas; y se dispondrá de principios orientadores para integrar los servicios genéticos en la atención sanitaria.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que aplican las directrices de la OMS recomendadas sobre las principales enfermedades no transmisibles	No establecido	No establecida	Todas las regiones confirmaron la aplicación a nivel de país de las directrices de la OMS relativas a las enfermedades no transmisibles.
Número de países en los que se financia un mayor abanico de servicios preventivos clínicos	No establecido	No establecida	1 Estado Miembro está financiando servicios preventivos clínicos para la talasemia. Cabo Verde, la Federación de Rusia y Túnez están financiando servicios preventivos clínicos para las enfermedades respiratorias crónicas.
Proporción de países destinatarios que integran los servicios genéticos en la atención sanitaria	11	20	100% (los 20 países destinatarios integraron servicios genéticos en la atención sanitaria)

Los Estados Miembros que aplicaron las directrices recomendadas por la OMS en relación con las enfermedades respiratorias crónicas son: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. Seis Estados Miembros aplicaron las directrices sobre prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares: Indonesia, el Pakistán, la República Islámica del Irán, Sri Lanka, Túnez y Turquía. Quince países de la Región del Mediterráneo Oriental aplicaron las directrices de la OMS relativas a las principales enfermedades no transmisibles. En la Región de África, se revisaron las directrices sobre control de la diabetes en una reunión de países africanos de habla francesa organizada por la OMS y la Federación Internacional de la Diabetes. En la Región del Mediterráneo Oriental, se están aplicando en los países, a nivel de atención primaria de salud, seis directrices recientemente elaboradas para las intervenciones relacionadas con la prevención y el tratamiento de una serie de enfermedades no transmisibles (a saber: la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia, el cáncer de mama, el cáncer de pulmón y la fiebre reumática), aunque esta labor está resultando dificultosa debido a la falta de recursos en materia de capacitación. En la Región de Europa, se prepararon documentos de orientación sobre la prevención secundaria y la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades cardiovasculares. También se prepararon directrices sobre la dispensación de atención para accidentes cerebrovasculares agudos y para la reducción terapéutica del número de pacientes con cardiopatías coronarias. Según se desprende del proyecto de informe preliminar de la encuesta mundial para la evaluación de los avances logrados en materia de políticas nacionales de prevención y control de las enfermedades crónicas, la proporción de Estados Miembros que cuentan con directrices nacionales para el manejo de dichas enfermedades ha aumentado en alrededor de un 17% desde el último bienio. En la Región de Asia Sudoriental, todos los Estados Miembros están aplicando las directrices recomendadas por la OMS, y en la India se están elaborando directrices nuevas sobre el tratamiento de la diabetes, el asma y las neumopatías obstructivas crónicas. En la Región del Pacífico Occidental, se elaboraron nuevas directrices sobre la diabetes y/o la hipertensión en las Islas Cook, Filipinas, Mongolia y Viet Nam. En la Sede se prepararon unas directrices integradas basadas en la aplicación del «criterio del riesgo absoluto» para la prevención de las enfermedades cardiovasculares y se elaboraron gráficos de previsión de riesgos para todas las regiones. En 2005, el Centro de Recursos sobre Genómica, una herramienta virtual de la OMS, recibió 100 000 visitas de usuarios de 100 países. Se inició la creación de una base de datos, para fines de vigilancia, sobre malformaciones congénitas y hemoglobinopatías. En una serie de países se pusieron en marcha proyectos piloto destinados a evaluar la carga de morbilidad imputable a los trastornos congénitos y genéticos y el control de éstos en el nivel de atención primaria. Siguen en proceso de elaboración unas directrices prácticas sobre la formulación de programas nacionales integrados para las enfermedades crónicas, que se están preparando en colaboración con las oficinas regionales.

Se habrán desarrollado estrategias para la prevención y el control de la ceguera, la sordera y los trastornos auditivos, y se habrá ayudado a los países a aplicarlas; se vigilarán regularmente la carga de trastornos visuales y auditivos y la ejecución de los programas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que documentan adecuadamente la carga de trastornos visuales y auditivos	No establecido	No establecida	Un 50% de los Estados Miembros (96 países) documentaron adecuadamente la carga de trastornos visuales. Un 5% de los Estados Miembros (9 países) documentaron adecuadamente la carga de trastornos auditivos.
Número de países que adoptan y aplican las estrategias de la OMS sobre la ceguera y la sordera	33 países habían adoptado las estrategias de la OMS sobre la ceguera. Ningún país había adoptado las estrategias de la OMS sobre la sordera.	Lograr que 120 países de ingresos bajos y medios adopten para finales de 2006 las estrategias de la OMS sobre la ceguera, con arreglo a lo previsto en la resolución WHA56.26 Lograr que 5 países adopten las estrategias de la OMS sobre la sordera	65 países adoptaron las estrategias de la OMS sobre la ceguera. 3 países adoptaron las estrategias de la OMS sobre la sordera.

Se celebraron talleres nacionales sobre la iniciativa mundial Visión 2020 en 131 países que habían elaborado planes nacionales y de los cuales 65 ya habían empezado a aplicarlos. La estrategia de control del tracoma empezó a aplicarse en 36 países, con diversos niveles de cobertura. Cuarenta y cinco millones de pacientes con oncocercosis recibieron tratamiento comunitario. Se establecieron en 30 países centros oftalmológicos «amigos del niño», y se llevaron a cabo en Brasil, China, India, y Sudáfrica investigaciones operativas respaldadas por diversos donantes. Se efectuaron encuestas sobre la prevalencia y las causas de las discapacidades auditivas en Madagascar y se iniciaron estudios análogos en cuatro provincias de China. El recurso didáctico sobre atención primaria para trastornos del oído y auditivos se aplicó de forma experimental en la India y Nigeria, y se publicaron las directrices de la OMS sobre dispositivos y servicios de audición para los países en desarrollo. Se celebraron en la Sede talleres sobre el suministro de dispositivos auditivos asequibles, y se creó una nueva alianza mundial independiente para la asistencia otológica en los países en desarrollo (WWHearing), cuya finalidad es asegurar el suministro de dispositivos y servicios de audición asequibles para el mundo en desarrollo. Se realizaron estudios piloto sobre el suministro de dispositivos y servicios de audición asequibles en el Brasil, China y Sudáfrica y se iniciaron estudios análogos en la India.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se contó con el compromiso político necesario para facilitar suficientes recursos financieros en el momento de puesta en marcha del proyecto.
- Se identificaron puntos focales comprometidos para los programas, tanto a nivel de los ministerios de salud como de las coaliciones nacionales.
- Se logró un consenso sobre las prioridades, a través de contactos frecuentes, así como una buena colaboración con los representantes de la OMS en lo referente a la planificación y ejecución conjunta del presupuesto por programas, y también con los centros colaboradores y centros de excelencia.
- La selección de países prioritarios se basó en criterios claramente definidos.
- Entre los factores de éxito destacaron la confianza mutua, la coherencia de criterios, la existencia de una mayor uniformidad y el aumento de la eficacia resultante de la elaboración de un modelo progresivo de intervención, así como la prestación de un mayor apoyo por parte de los homólogos nacionales.
- Se establecieron estrechos lazos de asociación con todos los actores, incluida la sociedad civil, para fomentar la planificación y ejecución conjunta, y se contó con un apoyo más intenso por parte de las redes y ministerios competentes.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Se logró reforzar las capacidades a nivel de país ofreciendo capacitación relacionada con el método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y con la gestión y el análisis de datos.
- También resultó beneficiosa la existencia de herramientas y marcos flexibles basados en el método progresivo/modular.

Obstáculos

- Los recursos disponibles (incluidos los recursos humanos) fueron insuficientes para hacer frente a la carga de morbilidad atribuible a las enfermedades no transmisibles, que registró un rápido aumento; muchos gobiernos otorgaron a esta cuestión una prioridad relativamente escasa. Esto dificulta la aplicación de las directrices relativas a las enfermedades no transmisibles y provoca a menudo una falta de capacidad para avanzar más allá de los proyectos experimentales.
- Las asignaciones presupuestarias destinadas al Programa para la Prevención de la Ceguera y la Sordera fueron limitadas en todas las regiones; el hecho de que en la Sede las contribuciones voluntarias fueran considerables (una tercera parte del total de asignaciones presupuestarias con cargo a las contribuciones voluntarias se destinaron a las enfermedades no transmisibles), transmitió la impresión de que las asignaciones presupuestarias de la Sede a las enfermedades no transmisibles eran suficientes.
- Resultó difícil idear procedimientos eficaces para la integración y utilización, dentro de los servicios de salud nacionales, de directrices basadas en datos probatorios, y ello a pesar de que algunos modelos nuevos, como el marco conceptual basado en la evidencia elaborado por la Región del Pacífico Occidental, que propone un planteamiento progresivo de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, empezaron a registrar resultados prometedores y alentadores para su adaptación en otros entornos.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Se deben intensificar los esfuerzos para lograr mejoras en lo que respecta a la promoción y la movilización de recursos en pro de la lucha contra las enfermedades no transmisibles. Es particularmente importante disponer de datos sobre el impacto socioeconómico de estas enfermedades y los factores de riesgo conexos, necesidad ésta que debe tenerse más presente dentro de las actividades de promoción.
- En la Región del Pacífico Occidental, el marco conceptual basado en datos probatorios que propone un planteamiento progresivo de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles fue recomendado en el examen del programa regional como un ejemplo digno de una difusión más amplia. En consecuencia, dicho concepto se está incorporando en 2006-2007 en todos los planes de control de las enfermedades crónicas y promoción de la salud y en el asesoramiento técnico ofrecido a los Estados Miembros.
- Para lograr resultados positivos es fundamental ayudar a los países a generar y utilizar sus propios datos probatorios en la elaboración de programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Una de las prioridades es el perfeccionamiento de un plan estratégico, en colaboración con las oficinas regionales, y una mayor participación de los asesores regionales en las actividades relacionadas con las enfermedades no transmisibles, a fin de fortalecer las capacidades a nivel de las oficinas regionales y promover tareas que no se hayan podido emprender directamente con los países. Conviene celebrar reuniones consultivas anuales entre los tres niveles de la Organización, con miras a estrechar lazos y coordinar las actuaciones.
- Aunque se dispone ya de diversas directrices centradas en enfermedades específicas, es necesario elaborar unas directrices integradas para el conjunto de las enfermedades no transmisibles. Por consiguiente, en el bienio 2006-2007 se deberá hacer hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de salud para las enfermedades no transmisibles, en lugar de centrar los esfuerzos en directrices sobre enfermedades específicas.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		37 480	22 802	18 553	41 355
Porcentaje	países	30	41	3	24
	regiones	26	24	26	25
	mundo	44	35	71	51

TABACO

Objetivo(s) de la OMS

Velar por que los gobiernos, organismos internacionales y otros asociados estén preparados efectivamente para aplicar las medidas nacionales y transnacionales de control del tabaco.

Indicadores y logros

- *Número de países que ratifiquen el Convenio Marco para el Control del Tabaco.* Al 31 de diciembre de 2005, se habían convertido en Partes Contratantes del Convenio un total de 115 Estados Miembros.
- *Número de países con planes y políticas efectivas de lucha antitabáquica que tengan en cuenta las disposiciones del Convenio.* Se estima que 40 Estados Miembros cuentan con planes y políticas efectivas de lucha antitabáquica que tienen en cuenta las disposiciones del Convenio.

Logros principales

- El 27 de febrero de 2005 entró en vigor el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
- En el bienio 2004-2005 se celebraron 17 talleres de sensibilización y creación de capacidad, en los que participaron al menos 110 países. Esos talleres contribuyeron a crear el impulso necesario para la ratificación del Convenio, que se ha convertido en el tratado de las Naciones Unidas con mayor adhesión.
- En el ejercicio de sus funciones de secretaría interina del tratado, la OMS convocó dos reuniones del Grupo de Trabajo Inter-gubernamental, con arreglo a lo dispuesto en la resolución WHA56.1. El Grupo de Trabajo examinó y preparó propuestas sobre las cuestiones identificadas en el Convenio, para su consideración y adopción por la Conferencia de las Partes en su primera reunión, en febrero de 2006. Se preparó documentación sobre las cuestiones sustantivas.
- Al mes de diciembre de 2005, se habían publicado y divulgado, dentro de la serie consagrada a las experiencias positivas y las enseñanzas extraídas, 30 informes sobre prácticas óptimas, que en su mayoría se pueden consultar en el sitio web de la OMS.
- Se elaboró una publicación clave sobre creación de capacidad, a la que se dio amplia difusión; el manual, utilizado en talleres nacionales de creación de capacidad, se está traduciendo a los otros idiomas oficiales de las Naciones Unidas y al japonés.¹
- El Día Mundial Sin Tabaco 2004 se celebró en todas las regiones y aumentó la concienciación sobre el impacto económico negativo que el consumo de tabaco tiene en las personas, los hogares y las economías nacionales. El Día Mundial Sin Tabaco 2005 logró promover la participación activa de asociaciones de profesionales de la salud del mundo entero y propició iniciativas complementarias, como la promoción de un código de prácticas relativo al control del tabaco destinado a las asociaciones de profesionales sanitarios y la ultimación de la primera Encuesta Mundial sobre los Profesionales de la Salud.
- La publicación de un estudio sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el control del tabaco² definió el control del tabaco como una cuestión de desarrollo, y ello sobre la base de una detallada descripción de las vinculaciones existentes entre el tabaco y los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- El Grupo de Estudio de la OMS sobre la Reglamentación de los Productos de Tabaco adoptó en su primera reunión, celebrada en Montebello (Canadá) en octubre de 2004, una recomendación sobre los principios rectores para el desarrollo de la capacidad de investigación y análisis de los productos de tabaco y propuso nuevos protocolos para iniciar el análisis de esos productos. En 2005, el Grupo de Estudio publicó una nota de orientación sobre el consumo de tabaco en «pipa de agua»,³ así como un informe sobre prácticas óptimas en relación con la reglamentación de los productos de tabaco en el Canadá.⁴
- A comienzos de 2005, se creó la Red de Laboratorios de Análisis de Tabaco de la OMS. Se trata de una red mundial integrada por gobiernos, autoridades académicas y laboratorios independientes centrada en la realización de ensayos e investigaciones sobre el contenido y las emisiones de los productos de tabaco, de conformidad con el Convenio Marco. La OMS se encarga de la coordinación de la Red y actúa como secretaría de la misma.

¹ *Building blocks for tobacco control: a handbook.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

² *Millennium Development Goals and Tobacco Control: An opportunity for global partnership.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

³ *Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

⁴ *Best practices in tobacco control: regulation of tobacco products: Canada report.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

- Los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2005 se celebró en la sede de la OIT en Ginebra la sexta reunión del Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Lucha Antitabáquica.

Descripción de algunos logros

En la Región del Pacífico Occidental, todos los Estados Miembros firmaron el Convenio Marco o se adhirieron a él; 25 de los 27 países de la región se convirtieron en Partes Contratantes. China logró rápidos avances en materia de control del tabaco, haciendo un uso estratégico de los escasos recursos disponibles para promover la atención y actuación gubernamentales en todos los niveles de la Organización.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Habrá aumentado el número de Estados Miembros con políticas y planes nacionales de acción integrales de control del tabaco.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de Estados Miembros que han adoptado leyes o instrumentos equivalentes en las esferas siguientes: 1. Prohibición de fumar en centros sanitarios y docentes (artículo 8 del CMCT); 2. Prohibición de hacer publicidad directa de productos de tabaco en medios de comunicación nacionales (televisión, radio, prensa escrita) (artículo 13 del CMCT); 3. Advertencias sanitarias acordes con los criterios previstos en el artículo 11 del CMCT	16	30	40

El nuevo componente sobre legislación nacional incluido en la amplia base de datos de la Región de Europa sobre control del tabaco fomentó la revisión y actualización de las leyes existentes. En la Región de las Américas, la base de datos del Sistema Panamericano de Información en Línea de Tabaco sirvió de punto de partida para la elaboración de políticas nacionales de control del tabaco. En todas las regiones, la creación de capacidad fue un elemento decisivo para reforzar las leyes antitabáquicas o crear una legislación nueva en esta materia.

Habrá aumentado el número de estrategias multisectoriales en apoyo del control del tabaco entre los órganos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y grupos del sector privado a nivel regional y mundial.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de prácticas óptimas de lucha antitabáquica publicadas por la OMS en relación con los aspectos educativos, legislativos, económicos y ambientales y los mecanismos reguladores	15	35	29
Número de nuevos proyectos emprendidos bajo los auspicios del Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Lucha Antitabáquica	6	9	9
Número de miembros de Globalink a nivel mundial	4000	4500	5117

Para seguir asegurando una aplicación eficaz del Convenio Marco, debe haber una colaboración multisectorial en materia de control del tabaco, con énfasis en la formulación de estrategias que permitan abordar las implicaciones sociales y económicas conexas. Con ese fin se convocó en 2005 la sexta reunión del Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Lucha Antitabáquica, en la que se examinaron cuestiones como los lugares de trabajo sin humo, el comercio ilícito de productos de tabaco, la vinculación entre control del tabaco y desarrollo económico, así como cuestiones relacionadas con las disposiciones preparatorias adoptadas por los Estados Miembros de cara a la aplicación del Convenio. En las decisiones adoptadas en

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

dicha reunión se esbozan los temas principales que se incluirán en el cuarto informe al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. El Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional de las Naciones Unidas está integrado por una serie de organismos, tanto pertenecientes a las Naciones Unidas como ajenos a ellas, como la OIT, la FAO, el Banco Mundial, el ACNUR, la Organización Mundial de Aduanas, la Organización de Cumplimiento de la Ley de la Unión Europea, la Comisión Europea, la Oficina Europea de Lucha contra el Fraude, el UNICEF y la UNESCO; las funciones de secretaría son ejercidas por la OMS.

Habrá mejorado la vigilancia en apoyo del control del tabaco en las esferas de la salud, la economía, la legislación, el medio ambiente y el comportamiento.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que han completado la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes al menos una vez	112	160	164
Número de países que han completado la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes al menos dos veces	11	30	50
Número de países abarcados por el Sistema Mundial de Información sobre el Control del Tabaco	0	74	154

Al mes de diciembre de 2005, la primera Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes había sido completada en 164 países. La segunda Encuesta se llevó a cabo en más de 50 países. Se están organizando talleres regionales sobre elaboración de programas y políticas para propiciar que los datos recopilados se tengan en cuenta en las actuaciones emprendidas en los Estados Miembros. Durante el bienio, se inició asimismo la Encuesta Mundial sobre los Profesionales de la Salud y se llevaron a cabo estudios piloto en 10 países. En diciembre de 2005, se estaban estudiando planes para ampliar la encuesta a unos 30 países.

Todas las bases de datos y encuestas regionales han contribuido a la recopilación de datos sobre un elevado número de aspectos diferentes relacionados con el tabaco, tanto a nivel nacional como regional. En muchos casos, la información obtenida sirvió de base para la formulación de nuevos planes de acción o la adaptación de planes ya existentes.

Se habrá acelerado la integración de las estrategias de lucha antitabáquica en los programas de salud pública.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de programas y áreas de trabajo de la OMS que integran el control del tabaco en sus programas	6	10	10

Durante el bienio 2004-2005, se fortaleció la colaboración entre los departamentos de la OMS con miras a acelerar la integración de las estrategias de lucha antitabáquica en los programas de salud pública. La meta fijada para el bienio se cumplió con la puesta en marcha de cuatro nuevas iniciativas de colaboración, centradas en la tuberculosis, el control y la prevención del cáncer, las estadísticas y evidencias sanitarias y la salud ambiental. Las oficinas regionales también notificaron diversas iniciativas integradoras. Con todo, la integración sistemática y sostenida de estrategias de lucha antitabáquica en otras áreas de trabajo en todos los niveles de la Organización sigue constituyendo un desafío. El compromiso de los gobiernos nacionales será crucial para la integración del control del tabaco en los programas nacionales de salud pública.

Habrán aumentado a nivel mundial los conocimientos y la concienciación sobre el aumento del consumo de tabaco y sus consecuencias, gracias a la mayor intervención de los medios y de los sistemas de información, y habrá disminuido la aceptabilidad social del consumo de tabaco.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países donde hay organizaciones no gubernamentales locales u órganos de la sociedad civil que emprenden campañas mediáticas o educativas sobre los efectos nocivos del tabaco	25	40	112

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número medio de servicios de noticias que difunden diariamente noticias relacionadas con el control del tabaco	3	5	5

Gracias a la amplia cobertura mediática otorgada al Convenio Marco y al Día Mundial Sin Tabaco, aumentó en muchos países la concienciación sobre la importancia del control del tabaco. Los temas del Día Mundial del Tabaco, centrados en la pobreza y en el papel de los profesionales de la salud, demostraron ser eficaces.

Habrán aumentado la transparencia, el conocimiento público y la regulación de las actividades de la industria tabacalera.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de publicaciones de resultados de investigaciones de países concretos sobre las actividades de la industria tabacalera	12	18	26

La OMS sigue cumpliendo su cometido de supervisar las actividades de la industria tabacalera. También se están llevando a cabo investigaciones sobre las actividades de la industria del tabaco a nivel mundial. La información pertinente se recopila en un informe mensual para uso del personal de la Sede y las oficinas regionales, que también se comparte con otros asociados en esta esfera. Es primordial seguir vigilando atentamente las actividades de la industria del tabaco, mientras ésta persista en socavar los esfuerzos de control del tabaco reforzando las actividades de promoción, patrocinio y publicidad en los Estados Miembros vulnerables.

Entrará en vigor el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, y se adoptarán los protocolos iniciales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que ratifican el Convenio	5	40	115

Al final del bienio, el Convenio Marco contaba con 115 Partes Contratantes más la Comunidad Europea, de las cuales 110 Estados Miembros y la Comunidad Europea lo habían ratificado. Este resultado satisfactorio se logró en parte gracias a los numerosos talleres de sensibilización y creación de capacidad organizados conjuntamente por la Sede y las oficinas regionales y de país. El Grupo de Trabajo Intergubernamental preparó en las dos reuniones que celebró en junio y diciembre de 2004 numerosas recomendaciones para su consideración por la Conferencia de las Partes en su primera reunión en febrero de 2006.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se reforzó la colaboración entre la Sede, las oficinas regionales y las oficinas de país, con el propósito de intensificar el apoyo prestado a las actividades de control del tabaco.
- El Convenio Marco entró en vigor rápidamente y el número de ratificaciones fue aumentando de forma constante.
- Se incrementaron los recursos destinados al control del tabaco y a las oficinas de país.
- Hubo una buena coordinación entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en los Estados Miembros que encabezan el programa de control del tabaco.

Obstáculos

- Se precisa la voluntad política de los gobiernos y el compromiso financiero de los donantes para apoyar la aplicación de estrategias de control del tabaco en los Estados Miembros.
- Subsisten diferencias importantes entre los distintos mecanismos legislativos nacionales.
- El público general y las instancias decisorias no conocen suficientemente las tácticas empleadas por la industria tabacalera, y, en muchos casos, hay una mala coordinación entre los sectores pertinentes.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Los recursos financieros y humanos, pese a haberse incrementado, siguen siendo insuficientes para avanzar eficazmente en la consecución de todas las metas.
- En muchos Estados Miembros, los ministerios de salud cuentan con una capacidad limitada para diseñar y aplicar políticas eficaces de control del tabaco.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es preciso lograr en los Estados Miembros, tanto en los que son Partes Contratantes como en los que no lo son, una mayor concienciación sobre los efectos dañinos del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, por medio de iniciativas de sensibilización y campañas mediáticas.
- Se precisa en todos los niveles un apoyo más intenso para la elaboración de legislación nacional para el control del tabaco.
- Se debe seguir prestando asistencia, en todos los niveles, a los Estados Miembros que aún no se han convertido en Partes Contratantes del Convenio, con objeto de mantener el impulso actual.
- Los países en desarrollo siguen precisando asistencia técnica y financiera para estar en condiciones de aplicar el Convenio. Es pues necesario movilizar y desplegar recursos a nivel mundial, regional y nacional.
- Reafirmando su confianza en la capacidad técnica y en el liderazgo de la OMS, la Conferencia de las Partes, en su primera reunión, decidió establecer la secretaría del Convenio dentro de la Organización. Asimismo, recomendó que la Asamblea de la Salud siguiese apoyando y reforzando la aplicación del Convenio.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		20 483	8 812	8 903	17 715
Porcentaje	países	28	22	8	15
	regiones	39	37	47	42
	mundo	33	41	45	43

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Objetivo(s) de la OMS

Crear un entorno en el que los gobiernos y sus asociados de la comunidad internacional dispongan de mejores medios para elaborar y aplicar políticas públicas multisectoriales en pro de la salud y criterios integrados atentos al género y la edad que contribuyan al empoderamiento de la comunidad y a las medidas que fomenten la promoción de la salud, la autoasistencia y la protección de la salud a lo largo de todo el ciclo vital.

Indicadores y logros

- *Producción y difusión de evidencia respecto a las medidas eficaces de promoción de la salud:* Se pusieron en marcha 25 proyectos que demuestran la eficacia de la promoción de la salud, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, y que se dieron a conocer en reuniones técnicas, conferencias internacionales y revistas.
- *Aumento de la capacidad institucional de promoción de la salud de los Estados Miembros:* Se reunieron datos de 140 países con objeto de determinar las esferas de acción para reforzar la capacidad institucional de los ministerios de salud y vigilar los progresos al respecto. Las seis regiones hicieron progresos en cuanto a la presentación de evidencia de la eficacia de la promoción sanitaria y la traducción de esa evidencia en medidas concretas.
- *Formulación de políticas públicas saludables:* La conclusión, en agosto de 2005, de la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado demostró el compromiso mundial de reducir las desigualdades sanitarias en todo el planeta afrontando los factores sociales determinantes de la mala salud.
- *Mejora de la salud de los grupos marginados:* El número de participantes en la red de proyectos de atención sanitaria en la cárcel pasó de 18 a 28 países en 2004. En siete países de bajos ingresos de la Región de las Américas se desarrolló la iniciativa Comunidades y Municipios Sanos.

Logros principales

- La Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado demostró el compromiso mundial de reducir las desigualdades sanitarias. La Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Bangkok, 7-11 de agosto de 2005) contó con la asistencia de unos 650 participantes de más de 100 países.
- Más de 140 países colaboraron en la primera etapa del proyecto de mapeo de la capacidad. Los resultados obtenidos se utilizarán para continuar desarrollando la labor de creación de capacidad para promover la salud y permitirán determinar esferas de acción e informar de los progresos realizados.
- Los Estados Miembros de todas las regiones recibieron apoyo para elaborar planes de acción y políticas de promoción de la salud, entre otras cosas, para preparar datos sobre la salud bucodental.
- Se hicieron excelentes progresos en cuanto al acopio de datos sanitarios en las escuelas, incluidos datos sobre la salud bucodental.
- Se siguió intensificando la colaboración dentro de la OMS y entre la Organización y otros interesados clave, como organizaciones no gubernamentales, centros colaboradores de la OMS, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud y organizaciones de las Naciones Unidas.

Descripción de algunos logros

La Oficina Regional para África contribuyó a reforzar la capacidad de los países para promover la salud organizando equipos multisectoriales encargados de desarrollar y gestionar actividades y programas de promoción sanitaria. Se siguieron enfoques participativos para formar a esos equipos, los cuales enseñaron a su vez a otros agentes a integrar la promoción de la salud en los programas nacionales y de ámbito inferior. Camerún, Kenya, Lesotho, Níger y Rwanda utilizaron los conocimientos adquiridos para mejorar el componente de promoción de la salud de los programas nacionales y locales. En Lesotho, las actividades generales de prevención del VIH y ayuda a las personas con SIDA destinadas a los jóvenes se vieron favorecidas por la programación multisectorial, en la que se siguen enfoques de promoción de la salud, como empoderamiento de la población, mediación y apoyo activo. Sectores como los de la salud, la educación, los servicios sociales y la agricultura, están cooperando para detener la propagación del VIH y prestar apoyo a las personas infectadas.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá reunido y difundido evidencia a partir de un análisis mundial de la eficacia de la promoción de la salud.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Aumento del número de proyectos demostrativos de la eficacia de la promoción de la salud	10	25	Se iniciaron o concluyeron al menos 15 proyectos demostrativos de la eficacia de la promoción de la salud. Se publicaron los resultados de varios proyectos en revistas nacionales o internacionales.
Difusión de los resultados y de las lecciones aprendidas, a través de la Sexta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud y por otros circuitos	6 regiones	6 regiones	Se difundieron los resultados de 29 documentos técnicos y 8 exposiciones básicas en las 6 regiones.

En la Región de África se pusieron en marcha cinco proyectos destinados a demostrar la eficacia de la promoción de la salud. Asimismo, se presentaron 10 proyectos a la XVIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en el marco del Programa Mundial sobre la Eficacia de la Promoción de la Salud. En un taller en que participaron 18 países en desarrollo se intercambiaron información sobre prácticas y enfoques idóneos para promover actividades físicas. El Programa Mundial sobre la Eficacia de la Promoción de la Salud, establecido a finales de 2003, tiene por objeto estudiar y reunir evidencia sobre la eficacia de la promoción de la salud, traducir esa evidencia en medidas prácticas y promover el debate sobre la naturaleza de la evidencia y la eficacia. El Programa está coordinado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, con la colaboración de la OMS y el apoyo de 10 importantes organismos nacionales de salud pública y de promoción de la salud de las Regiones de la OMS (África, Asia Sudoriental, Europa, Pacífico Occidental y las Américas).

Por lo que respecta a la difusión de los resultados obtenidos y las enseñanzas extraídas, en la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud aumentó considerablemente el número de promotores de la salud de las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental que participaron como autores principales de documentos y que asistieron a la Conferencia.

Se habrá fortalecido a nivel nacional y regional la capacidad de planificación y aplicación de políticas y programas multisectoriales de promoción de la salud a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de regiones y países que han integrado las estrategias de promoción de la salud en planes regionales y nacionales de salud y desarrollo, y eficacia de las redes establecidas a todos los niveles para aplicar esas estrategias	2 regiones	4 regiones	Al menos 30 países de 4 regiones (África, las Américas, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental).
Aumento del número de cursos de promoción de la salud establecidos y del personal capacitado a esos efectos en los Estados Miembros	No establecido	No establecida	Se organizaron al menos 64 cursos.
Número de países con políticas y programas de fomento de un envejecimiento sano y con mecanismos de vigilancia del impacto de esas políticas	No establecido	No establecida	12 países de 5 regiones (África, las Américas, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental) hicieron progresos en cuanto a la mejora de la prestación de atención primaria de salud a las personas mayores.

En las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental y la Región de las Américas se han elaborado estrategias o marcos regionales para promover la salud. En las Regiones de Asia Sudoriental y Europa también se están intensificando las medidas a tal efecto. Los Estados Miembros de todas las regiones recibieron apoyo para establecer planes de acción y políticas de promoción de la salud a nivel nacional, entre otras cosas, en la esfera de la salud bucodental, a lo largo de todo el proceso

de establecimiento y conclusión de estrategias y marcos regionales. La Región de Asia Sudoriental preparó un proyecto de marco de promoción sanitaria que está previsto ultimar en 2006. El Comité Regional adoptó en 2005 la estrategia europea en pro de la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. Las 51 ciudades de la Región de Europa elegidas para la red de la fase IV del proyecto «ciudades sanas» hicieron progresos en la formulación y ejecución de planes de desarrollo sanitario basados en alianzas (focalizados en los determinantes de la salud y la equidad) y en la introducción de principios y programas sobre el envejecimiento, la evaluación del impacto sanitario y la planificación urbana saludable. En las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental se están poniendo en marcha actividades para actualizar estrategias y marcos regionales, a la luz de las recomendaciones de la Carta de Bangkok. Entre los cursos de promoción de la salud organizados durante el bienio figuran 52 en la Región de África y la Región de las Américas y otros celebrados en 12 países de Asia Sudoriental sobre capacitación en promoción de la salud bucodental. Se brindó apoyo a 12 países (Bolivia, China, Ghana, India, Jamaica, Kenya, Malasia, Pakistán, Perú, República Árabe Siria, Sri Lanka y Trinidad y Tabago) por mediación del grupo Envejecimiento y Ciclo de Vida y el Centro OMS para el Desarrollo Sanitario de Kobe (Japón), en el marco del proyecto de respuestas integradas de los sistemas de atención de salud al rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo, en colaboración con las oficinas regionales para África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Asimismo, se terminaron los perfiles sobre el envejecimiento y la salud de 35 países de la Región del Pacífico Occidental. En la región de Asia Sudoriental también se han llevado a cabo actividades sobre el envejecimiento sano. La Región del Pacífico Occidental cuenta con una nueva publicación sobre el envejecimiento sano¹ destinada a ayudar a los trabajadores sanitarios de los países en desarrollo a promover la mejora de la salud de las personas mayores.

Se habrán definido oportunidades y mecanismos para reorientar los servicios de salud hacia la promoción sanitaria y la salud bucodental.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países con servicios de promoción de la salud y de salud bucodental integrados en sus sistemas sanitarios y enfocados específicamente a la reducción de los factores de riesgo conocidos	16	39	Se han diseñado y se están poniendo en marcha políticas para reorientar los sistemas de salud bucodental en 52 países de las 6 regiones.

En 140 Estados Miembros se finalizó el mapeo de la capacidad de promoción de la salud (etapa 1), lo que permite medir mejor el éxito de la integración de la promoción sanitaria en los sistemas de salud. En la segunda etapa se validará el instrumento de medición y se llevarán a cabo actividades concretas para fortalecer la capacidad institucional de los ministerios de salud en la esfera de la promoción sanitaria.

Se habrán reforzado la sensibilización y las comunicaciones para la salud a todos los niveles en relación con la promoción de la salud y con los principales factores de riesgo, según lo definido en el Informe sobre la salud en el mundo 2002.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Acopio y difusión de información precisa y actualizada relacionada con los principales factores de riesgo y los modos de vida sanos con miras a reforzar la promoción de la salud y la sensibilización al respecto en los medios de comunicación	No establecido	No establecida	Se realizaron estudios de los factores de riesgo relacionados con el modo de vida en 5 países de la Región del Mediterráneo Oriental y se reunieron datos sobre las enfermedades no transmisibles en otros 15 países siguiendo el método progresivo de vigilancia preconizado por la OMS.

Se ha reunido y difundido un gran volumen de datos e información sobre la salud bucodental, entre otras cosas, acerca del desarrollo del sistema de información sobre salud bucodental, la validación de los instrumentos de salud bucodental y la actualización del banco de datos mundial. Diez países de la Región del Pacífico Occidental acordaron un plan de comunicaciones para promover modos de vida sanos mediante el uso de modelos de comportamiento, y se preparó una importante cantidad de material de promoción.

¹ *Healthy Ageing: Practical Pointers on Keeping Well*. Manila, Organización Mundial de la Salud, 2005.

Se habrán reforzado las medidas de promoción de la salud que lleguen a los jóvenes dentro y fuera de la escuela.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Concepción de fórmulas de promoción de la salud que influyan en el conjunto de los jóvenes, con vínculos con los programas comunitarios, nacionales e internacionales	1 fórmula	2 fórmulas	Se mejoró 1 fórmula de promoción de la salud escolar. Todavía hay que hacer esfuerzos para encontrar una fórmula aplicable a los niños y los jóvenes no escolarizados.
Número de países que vigilan los principales factores de riesgo conductual para la salud entre los estudiantes, y que disponen de redes y alianzas para fomentar los esfuerzos concertados destinados a mejorar los programas de salud escolar	33 países vigilan los factores de riesgos Redes en 4 regiones	46 países vigilan los factores de riesgos Redes en las 6 regiones	Al menos 53 países han realizado el Estudio internacional sobre el comportamiento de los escolares en materia de salud o la Encuesta escolar mundial sobre la salud de los estudiantes. Se han creado redes y alianzas en 5 regiones (África, las Américas, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental).

Entre 2002 y el final del segundo trimestre de 2005, se formó a más de 135 000 profesores de 17 países (15 de la Región de África y 2 de la Región de las Américas) en el uso de métodos de aprendizaje modernos y participativos para ayudar a los adultos y los jóvenes a aprender cómo evitar la infección por VIH. Esta iniciativa conjunta de la OMS, la Internacional de la Educación y el Centro de Enseñanza sobre el Desarrollo (Education Development Center, Inc.) seguirá adelante en los próximos cinco años y, en la medida en que los fondos lo permitan, se ampliará a otros países. En la Región de las Américas al parecer se vigilan los comportamientos de riesgo para la salud en los estudiantes que ingresan en la universidad en la mayoría de los países. En la Región del Mediterráneo Oriental están registradas 6514 escuelas de promoción sanitaria. Pese a las limitaciones de recursos financieros y humanos, el Estudio internacional sobre el comportamiento de los escolares en materia de salud y las actividades de la Red europea de escuelas promotoras de la salud proseguirán durante el bienio. En la Región del Pacífico Occidental se creó una red en Internet y un registro de escuelas promotoras de la salud. Dieciséis países de las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental y de la Región de las Américas concluyeron durante el bienio la Encuesta escolar mundial sobre la salud de los estudiantes; también aumentó el número de países participantes en el Estudio internacional sobre el comportamiento de los escolares en materia de salud. Por lo que respecta a las medidas concertadas para mejorar los programas de salud escolar, 15 países de la Región del Mediterráneo Oriental informaron de que contaban con una estrategia nacional en pro de la salud escolar. Actualmente se está tratando de expandir la red más allá de las fronteras nacionales.

Se habrán implantado programas de creación de capacidad de promoción de la salud y de financiación de la misma a nivel local y comunitario, en los lugares de trabajo y en otros entornos, haciendo especial hincapié en la mejora de la salud de las poblaciones desfavorecidas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Políticas públicas saludables, y promoción de la salud de los grupos marginados	No establecido	No establecida	En la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud se elaboró y adoptó la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado.
Número de fundaciones de promoción de la salud o de otros mecanismos de financiación de esas actividades	6	6	7: durante el bienio se creó una nueva fundación de promoción de la salud en Mongolia.

En la Carta de Bangkok se insta a crear una alianza mundial para abordar los determinantes de la salud, haciendo que la promoción de la salud ocupe un lugar destacado en el programa mundial de desarrollo y que sea una responsabilidad de todos los gobiernos, un elemento fundamental para las comunidades y la sociedad civil y un requisito de las buenas prácticas empresariales. En el marco de las reuniones cumbre sobre desarrollo local celebradas en el Perú y El Salvador, la Oficina Regional para las Américas brindó apoyo a la iniciativa de Comunidades y Municipios Sanos para mejorar la salud de la población desfavorecida de Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y el Perú. También se contribuyó a promover la salud de grupos marginados en la Región de Europa por medio de un proyecto sobre salud en las prisiones, por el que los países mostraron un gran interés y cuya red se amplió de 18 a 28 países en 2004. El proyecto piloto Pro Lead ha demostrado ser un éxito y se ha expandido. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental y el Centro OMS para el Desarrollo Sanitario de Kobe (Japón) realizaron

una prueba experimental de Pro Lead para 13 gestores de actividades de promoción sanitaria de China, Fiji, Filipinas Malasia, Mongolia y Tonga. Se establecieron políticas y programas para mejorar la infraestructura de promoción de la salud y, en el ámbito de la financiación de esas actividades, también se establecieron proyectos de hermanamiento en los seis países, con el apoyo de cuatro fundaciones de promoción sanitaria de Australia, Suiza y Tailandia. A raíz de ello, en 2005 se creó una fundación más de ese tipo en Mongolia.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se reconoció cada vez en mayor medida la relación entre la promoción de la salud y el desarrollo humano y económico.
- Aumentó la toma de conciencia y el compromiso de los países con respecto a la incorporación de la promoción sanitaria en las estrategias generales de salud.
- Se logró una mejor coordinación y una colaboración eficaz entre los colegas de las oficinas en los países, las oficinas regionales y la Sede.
- El hecho de prestar atención a los determinantes sociales de la salud crea oportunidades de colaboración entre muchos interesados a nivel local, nacional y regional.
- Se recibió un gran apoyo por parte de numerosos países, organizaciones no gubernamentales y centros colaboradores de la OMS.

Obstáculos

- Asignación relativamente pequeña de recursos humanos a esta área de trabajo por parte de la Secretaría y los Estados Miembros.
- Preparación relativamente limitada de los promotores de la salud para abordar los factores determinantes de la mala salud (en particular, carencia de conocimientos teóricos y prácticos para introducir y gestionar cambios en distintos sistemas y entornos).
- Capacidad institucional reducida para promover la salud en muchos países de ingresos bajos y medios, entre otras cosas, escaso apoyo normativo y financiero a la promoción sanitaria.
- Falta de coherencia normativa entre los distintos ministerios y niveles de gobierno.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Hay que reforzar la colaboración entre los programas de promoción de la salud y los demás programas, a fin de generar sinergias y recursos para lograr una promoción sanitaria eficaz. Las alianzas con instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, los centros colaboradores de la OMS que se ocupan de la promoción de la salud y organizaciones de las Naciones Unidas fueron fundamentales para el éxito en muchas esferas, por ejemplo para el fomento de la salud escolar y la actividad física. Este aspecto se continuará desarrollando en 2006-2007. La colaboración dentro de la OMS se mantendrá y se reforzará aún más.
- Reducir las desigualdades sanitarias es una tarea compleja, que se puede llevar a cabo más fácilmente si se atacan las causas profundas del problema. Es precisa la colaboración de todos los países para crear un marco mundial en que se establezca una estrategia de promoción de la salud, con una descripción detallada de los modelos y métodos necesarios para abordar los determinantes sociales de la salud y cumplir los cuatro compromisos previstos en la Carta de Bangkok.
- Para lograr reducir las desigualdades sanitarias es indispensable que exista una coordinación eficaz no sólo con los ministerios de salud, sino también con otros sectores del gobierno; también es necesario que los gobiernos adopten enfoques holísticos. En 2006 y 2007, habrá que hacer esfuerzos para prestar apoyo a los Estados Miembros a este respecto.
- Se ha reconocido la importancia de establecer métodos adecuados para evaluar la capacidad de los Estados Miembros para formular, aplicar y evaluar políticas de promoción de la salud de la población. En 2006-2007 habrá que prestar más atención a las actividades en esta esfera.
- Ha habido ejemplos de logros en muchos países de ingresos bajos y medios, pero todavía no se han documentado de forma adecuada ni difundido ampliamente. Esos ejemplos deberían publicarse en revistas nacionales e internacionales. Es necesario ayudar a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud a reunir y utilizar evidencia de la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud que tienen por objeto afrontar las causas profundas de la buena y la mala salud, en particular, luchando contra los determinantes sociales y económicos de la mala salud.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Existe un fuerte vínculo entre la capacidad institucional y la adopción de un enfoque basado en la evidencia con respecto a la promoción de la salud. Sin los conocimientos especializados de los profesionales, las medidas de apoyo normativo y los sistemas de información, el enfoque basado en la evidencia no se puede expandir y la traducción de la evidencia en medidas prácticas resulta difícil. Así pues, para impulsar actividades de promoción de la salud basadas en la evidencia, es preciso crear capacidad institucional, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios.
- Hace falta un esfuerzo constante para ampliar la base financiera de las actividades de promoción de la salud, así como para recabar fondos del seguro social y fundaciones privadas para promover la salud.
- Hasta la fecha la labor relacionada con la salud de los jóvenes se ha centrado en los estudiantes, por lo que es necesario formular una estrategia para llegar a los jóvenes que no están escolarizados.
- En el mundo globalizado y la era digital en que vivimos existe una necesidad apremiante de estudiar cómo sacar el máximo provecho de las tecnologías modernas de la información y las comunicaciones para difundir información precisa y actualizada y promover la salud, y para abordar cuestiones como la eficacia de las intervenciones y el acceso limitado a ellas.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		48 164	17 110	22 823	39 933
Porcentaje	países	32	59	2	26
	regiones	16	24	9	15
	mundo	52	17	89	59

TRAUMATISMOS Y DISCAPACIDADES

Objetivo(s) de la OMS

Dotar de medios a los gobiernos y a sus asociados de la comunidad internacional, de forma que puedan formular y aplicar estrategias costoeficaces y atentas a las diferencias entre los sexos para prevenir y atenuar las consecuencias de la violencia, de los traumatismos involuntarios y de las discapacidades.

Indicadores y logros

- Número de países que hayan formulado políticas sobre las discapacidades o sobre la prevención de la violencia y los traumatismos: Varios países empezaron a formular políticas sobre las discapacidades o sobre la prevención de la violencia y los traumatismos.
- *Número de países que apliquen programas de prevención de la violencia y los traumatismos*: El número de países que aplican programas de prevención de la violencia y los traumatismos aumentó considerablemente. Más de 100 países nombraron dentro de sus respectivos ministerios de salud un coordinador para la prevención de los traumatismos y la violencia, con el fin de conjugar esfuerzos.

Logros principales

- El Día Mundial de la Salud 2004 se celebró bajo el lema «La seguridad vial no es accidental». Este acto de promoción mundial constituyó un poderoso catalizador para atraer la atención internacional sobre la seguridad vial, al tiempo que brindó una ocasión perfecta para la publicación del *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, elaborado conjuntamente por el Banco Mundial y la OMS.¹
- La Asamblea de la Salud aceptó la invitación hecha por la Asamblea General de las Naciones Unidas a la OMS, para que ésta coordinara los esfuerzos relacionados con la seguridad vial en todo el sistema de las Naciones Unidas.² La asistencia prestada a los países en relación con la aplicación de las recomendaciones del informe mundial es coordinada y supervisada por la Colaboración de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, presidida por la OMS, en colaboración con las comisiones regionales de las Naciones Unidas. Los esfuerzos de colaboración se centraron en la sensibilización y la elaboración de orientación detallada sobre la prevención.
- La OMS lanzó en enero de 2004 la Alianza Mundial para la Prevención de la Violencia Interpersonal, cuyos miembros tratan de asegurar la aplicación de las recomendaciones contenidas en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.³ En la segunda reunión de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia (*Milestones 2005*), se pudo comprobar, sobre la base de numerosos estudios de casos de país, el logro de progresos considerables.
- La OMS publicó el curso «TEACH-VIP», editado en CD-ROM y acompañado de un manual del usuario, que ofrece 60 horas de capacitación en prevención de la violencia y los traumatismos.
- Se celebraron diversas actividades regionales importantes entre las que destacan: la primera reunión de funcionarios de ministerios de salud de países francófonos sobre prevención de los traumatismos y la violencia; las reuniones celebradas en la Región del Mediterráneo Oriental en relación con los planes de acción nacionales para la prevención de los traumatismos causados por el tránsito y la creación de capacidades en materia de prevención de la violencia; una reunión consultiva sobre seguridad vial celebrada en la Región de las Américas; y la primera reunión regional de coordinadores de los ministerios de salud para la prevención de los traumatismos y la violencia convocada en Europa.
- La Asamblea de la Salud adoptó en mayo de 2005 la resolución WHA58.23, sobre discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, que dio nuevo ímpetu a las actividades emprendidas por la OMS en esta esfera y sentó las bases para un plan de acción sexenal que incluye actividades relacionadas con la recopilación de datos, la formulación de políticas, la rehabilitación y los dispositivos auxiliares.

¹ Peden M. et al. *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

² Resolución WHA57.10.

³ Krug E. et al., eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Descripción de algunos logros

La Oficina Regional para Europa intensificó sus esfuerzos en materia de prevención de la violencia y los traumatismos en toda la región. En abril de 2004, coordinó la celebración del *Día Mundial de la Salud 2004* en la región y respaldó la presentación nacional del *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito* en países como Belarús, Dinamarca, Federación de Rusia, Francia, Italia, República Checa, Rumania, Suecia, Turkmenistán y Turquía. Asimismo, publicó su propio informe sobre esta cuestión,¹ en el que se analiza la carga atribuible en la región a los traumatismos de este tipo y se describen las experiencias positivas de algunos Estados Miembros europeos. En julio de 2005, el Gobierno de Eslovenia acogió una reunión consultiva regional sobre violencia contra los niños (Liubliana, 5 a 7 de julio de 2005) con miras a aportar una contribución al Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños. Dicha reunión fue organizada por la Oficina Regional para Europa, el UNICEF, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Consejo de Europa y el grupo asesor de ONG para el estudio; en la declaración final en ella adoptada se identifican nueve acciones prioritarias. En la 55ª reunión del Comité Regional para Europa se adoptó la resolución EUR/RC55/R9, sobre prevención de los traumatismos en la Región de Europa de la OMS, que establece un marco estratégico para la acción y recomienda encarecidamente la elaboración de planes de acción nacionales; la mejora de la vigilancia de los traumatismos; el fortalecimiento de las capacidades nacionales; la promoción de una prevención eficaz de los traumatismos; la promoción de buenas prácticas; la priorización de la investigación en prevención primaria y atención traumatológica; y el fortalecimiento de lazos de asociación entre los sectores y los interesados directos. Se publicó asimismo un resumen del informe de los traumatismos y la violencia en Europa.² La primera reunión de coordinadores nacionales de la Región de Europa para la prevención de la violencia y los traumatismos, que tuvo como anfitrión los Países Bajos (Noordwijkerhout, 17-18 de noviembre de 2005), brindó a los coordinadores nacionales de 35 países europeos la ocasión de intercambiar experiencias y acordar las metas, objetivos y estrategias para una red informal, así como las próximas medidas.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá ayudado a los países de alta prioridad a aplicar y evaluar sistemas de vigilancia de los principales determinantes, causas y resultados de los traumatismos involuntarios y de la violencia.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que usan las directrices de la OMS para reunir datos sobre los determinantes, las causas y los resultados de los traumatismos involuntarios y la violencia	3	29	82% (26 países)

Algunos países tradujeron las directrices de la OMS sobre vigilancia de los traumatismos³ e implantaron, con el apoyo técnico - y en ocasiones, financiero - de la Organización, sistemas de vigilancia basados en los datos sobre traumatismos notificados por los departamentos que se encargan de los accidentes y urgencias; la mayoría de esos sistemas se encuentran actualmente en fase de evaluación, tras un breve periodo de aplicación experimental. Muchos de ellos ya han proporcionado a los países en cuestión información importante, lo que posibilita la formulación de políticas y programas para la prevención de la violencia y los traumatismos. Se publicaron unas directrices sobre la realización de encuestas comunitarias,⁴ que ya son aplicadas por unos seis países. Se trata de una herramienta normalizada para la recopilación de datos, acompañada de un conjunto de cuestionarios modelo, que también aborda la selección y capacitación de encuestadores, consideraciones éticas, el análisis de datos y la utilización de información con fines de sensibilización. El Estudio en colaboración sobre alcohol y lesiones, de la OMS, se llevó a la práctica en Argentina, Belarús, Brasil, Canadá, China, India, México, Mozambique, Nueva Zelanda, República Checa, Sudáfrica y Suecia. La Clasificación Internacional de Lesiones por Causa Externa fue aceptada entre las clasificaciones internacionales de la OMS; en julio de 2004 se publicó la versión 1.2. Esta taxonomía es utilizada por muchos países dentro de sus respectivos sistemas de vigilancia de los traumatismos. Las traducciones al español y francés están en curso de preparación.

¹ Racioppi F. et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2004.

² Sethi D. et al. *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005.

³ Holder Y. et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

⁴ Sethi D. et al. *Guidelines for conducting community surveys on injury and violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Se habrá prestado apoyo a determinados países en relación con las investigaciones destinadas a identificar programas y políticas eficaces de prevención de la violencia y los traumatismos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Intervenciones evaluadas en los países destinatarios	2	19	26

Las actividades de la OMS en materia de prevención de la violencia se centraron en ayudar a los países a aplicar las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (2002), ya sea a través de apoyo técnico directo o mediante la elaboración de directrices. Las obras publicadas durante el bienio incluyen: *Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud* (2004); *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes* (2004); y *The economic dimensions of interpersonal violence* (2004). También se publicaron los informes de las dos primeras reuniones de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia. La OMS colaboró, atendiendo peticiones concretas, con una serie de gobiernos en actividades como la elaboración de informes nacionales y/o planes de acción nacionales para la prevención de la violencia; la formulación de programas de prevención; y el fortalecimiento de los servicios de atención a las víctimas de actos violentos. El Día Mundial de la Salud 2004, consagrado a la seguridad vial, se celebró en el mundo entero bajo el lema «La seguridad vial no es accidental», una advertencia de que la situación sólo puede mejorar mediante el despliegue de esfuerzos deliberados. El acto inaugural se celebró en París y contó con la asistencia del Presidente de Francia, el Director General y representantes de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

Se ofrecerá asesoramiento para las intervenciones multisectoriales de prevención de la violencia y los traumatismos involuntarios.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios con planes nacionales y mecanismos de ejecución para prevenir los traumatismos involuntarios y la violencia	4	28	85% (24 países)

El *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, presentado en París con ocasión del Día Mundial de la Salud 2004, ofrece una sinopsis completa de los aspectos epidemiológicos y relacionados con la prevención. Dentro de las actividades complementarias, la OMS está colaborando con diversos asociados en la preparación de una serie de manuales que brindarán orientación sobre la aplicación de las recomendaciones incluidas en el informe. Ya se han elaborado seis de esos manuales: cuatro de ellos se centran en los cascos, los cinturones de seguridad y sistemas de retención para niños, la velocidad, y el alcohol y la conducción, y los dos restantes, en la creación de un organismo rector para la seguridad vial y en la recopilación de datos relacionados con el tráfico y los traumatismos. La mayoría de estos documentos se publicarán en 2006.

A raíz de una reunión consultiva celebrada en 2004, se preparó un proyecto de directrices para instancias encargadas de la formulación de políticas y la planificación, que fue revisado por expertos internacionales. También se prestó apoyo técnico a varios países para la preparación de planes nacionales.

Se habrá ayudado a determinados países a formular políticas relacionadas con la atención prehospitalaria, hospitalaria y prolongada integrada a las víctimas de traumatismos involuntarios y de violencia.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que han reforzado la respuesta de sus sistemas de salud a los traumatismos involuntarios y la violencia	0	20	100% (20 países)

La OMS y la Sociedad Internacional de Cirugía publicaron en 2004 unas directrices sobre atención traumatológica básica,¹ que se dieron a conocer en la Séptima Conferencia Mundial sobre Prevención y Control de los Traumatismos (Viena, 6 a 9 de junio de 2004). El principal objetivo de esas directrices es establecer en todos los entornos un conjunto de normas viables para la atención traumatológica básica e identificar los recursos humanos y materiales requeridos. En una reunión consultiva organizada por la OMS con el fin de promover el cumplimiento de las directrices, los participantes elaboraron una serie de instrumentos de apli-

¹ Mock C. et al. *Guidelines for essential trauma care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

cación. Las directrices ya se están utilizando en varios países, por ejemplo en Ghana, India, México, Mozambique y Viet Nam. Se ha completado la versión árabe, que se está utilizando para la elaboración de un marco estratégico regional para los servicios médicos de emergencia en la Región del Mediterráneo Oriental. En junio de 2005, se publicó un manual sobre los sistemas de atención traumatológica prehospitalaria (*Prehospital trauma care systems*), que se centra en el establecimiento de este tipo de sistemas, con énfasis en los que precisan una capacitación, un equipo y unos suministros médicos mínimos. Entre las principales esferas abordadas están la organización del sistema, el desarrollo de capacidades, la recopilación de datos, el transporte y las comunicaciones y las consideraciones éticas y jurídicas. El manual ha empezado a utilizarse en países como Mozambique, Polonia y Viet Nam. Con ánimo de asegurar el acceso de las mujeres y niños víctimas de abuso sexual a una atención médica adecuada, la OMS hizo un seguimiento de la iniciativa de respuesta del sector de la salud a la violencia sexual, lanzada en 2001. El primer componente de este proyecto persigue el fortalecimiento de la prestación de servicios de atención a las víctimas de violencia sexual en entornos estables, distintos de los servicios de urgencia. Sirviéndose de las directrices de la OMS sobre prestación de atención médico-legal a las víctimas de violencia sexual,¹ la Organización prestó apoyo a instancias gubernamentales e instituciones académicas de Filipinas, Jordania y Nicaragua. Las directrices fueron traducidas al árabe y al español, y hay una versión francesa en preparación.

Se habrá ayudado a los países de alta prioridad a desarrollar mecanismos de prevención de los traumatismos y la violencia y capacidad de investigación y de formulación de políticas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios con profesionales capacitados en la prevención y el manejo de los traumatismos involuntarios y la violencia	0	29	106% (31 países)

En octubre de 2005, la OMS presentó el curso «TEACH-VIP», editado en CD-ROM y acompañado de un manual del usuario. Este instrumento de capacitación en prevención de la violencia y los traumatismos ha sido elaborado por más de 60 expertos en la materia procedentes de 19 países distintos y se ha aplicado de forma experimental en más de 20 lugares del mundo. Creado para satisfacer la demanda de los gobiernos y grupos profesionales deseosos de contar con conocimientos especializados en la esfera de los traumatismos y la violencia, el curso «TEACH-VIP» abarca un amplio abanico de cuestiones, como la recopilación de datos, la prevención de la violencia y los traumatismos, la formulación de políticas y la evaluación de las medidas de intervención. Esta herramienta está teniendo una gran demanda.

Se habrán adoptado iniciativas mundiales, regionales y nacionales para reforzar la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores en los que participan organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, Estados Miembros y organizaciones no gubernamentales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de iniciativas mundiales, regionales y nacionales de carácter multisectorial en marcha destinadas a prevenir la violencia y los traumatismos	1	8	8

En enero de 2004 se creó la Alianza para la Prevención de la Violencia. Los miembros que la integran - gobiernos, organizaciones no gubernamentales y fundaciones - comparten un mismo enfoque de salud pública con respecto a la prevención de la violencia y se esfuerzan por asegurar la aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. En la segunda reunión de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia (*Milestones 2005*), cuyos anfitriones fueron la OMS y la California Wellness Foundation, se pudo comprobar, sobre la base de numerosos estudios de casos de país, que los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones académicas habían logrado progresos considerables en las esferas de la recopilación de datos, la prevención de la violencia y los servicios de atención a las víctimas. La asistencia prestada a los países para aplicar las recomendaciones del informe mundial es coordinada y supervisada por la Colaboración de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (una red compuesta por 11 organismos de las Naciones Unidas y más de 30 organizaciones mundiales, regionales y nacionales consagradas a la seguridad vial), bajo la presidencia de la OMS. Tres reuniones celebradas por esta red se centraron en la elaboración de orientación detallada sobre prevención y sensibilización destinada a los países. La OIT, la OMS y la UNESCO, los tres asociados principales que participaron en la preparación de un documento de posición conjunta sobre la estrategia de pro-

¹ *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

moción de la rehabilitación basada en la comunidad,¹ unieron fuerzas con un grupo de organizaciones no gubernamentales y otros organismos para crear una red de servicios comunitarios de rehabilitación. Entre los demás grupos con los que la OMS ha establecido vínculos de asociación cabe citar la Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau, Christoffel-Blindenmission, la Organización Mundial de Personas con Discapacidad, Handicap International, el Consorcio Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo (IDDC) y Sight Savers International. Tomados conjuntamente, estos grupos financian en el mundo entero más de 400 proyectos de rehabilitación basada en la comunidad.

Los países estarán capacitados para integrar los servicios de rehabilitación en la atención primaria y para detectar precozmente y manejar las discapacidades.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que aplican la estrategia de integración de los servicios de rehabilitación en la atención primaria	7	15	80% (12 países)

La labor de la OMS en la esfera de las discapacidades y la rehabilitación se guía por la resolución WHA58.23, sobre discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, adoptada por la Asamblea de la Salud en mayo de 2005, en la que se aboga por una aplicación más estricta de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas discapacitadas; la prestación de apoyo a los programas comunitarios de rehabilitación; la inclusión de un componente de discapacidad en las políticas y programas de salud nacionales; y la promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. La OMS elaboró, dentro de las medidas complementarias adoptadas al respecto, el plan de acción 2006-2011 sobre discapacidad y rehabilitación, centrado en: la preparación de un informe mundial sobre esta cuestión; la sensibilización; la facilitación del acopio y análisis de datos; el apoyo, la promoción y el fortalecimiento de los servicios de salud y rehabilitación; la promoción de la rehabilitación basada en la comunidad; el fomento del desarrollo, la producción, la distribución y el mantenimiento de tecnologías de asistencia; el respaldo de la formulación, aplicación, evaluación y supervisión de políticas; la creación de capacidad y la promoción de redes y alianzas multisectoriales. La ejecución del plan se inició, tras las consultas oportunas, con la elaboración de una serie de documentos normativos sobre el fortalecimiento de los servicios de asistencia médica y rehabilitación; el suministro y mantenimiento de sillas de ruedas; los servicios comunitarios de rehabilitación y las actividades de automanejo para las personas con discapacidad.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se logró establecer en la Sede y las oficinas regionales un sólido equipo, caracterizado por la complementariedad de conocimientos, un alto nivel de competencia y una gran motivación.
- Hubo una buena colaboración entre la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países.
- Se logró una visión clara para la consolidación del programa.
- Se propició un flujo constante de productos y eventos de gran relieve, que hizo que el programa y sus componentes no pasaran desapercibidos.

Obstáculos

- El elevado nivel de incertidumbre financiera dificultó la planificación a largo plazo y limitó la asignación de suficientes recursos.
- En muchas oficinas de país la dotación de personal y el nivel de conocimientos técnicos fueron insuficientes.
- En algunos países se otorgó escasa prioridad a esta área de trabajo.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es importante prestar a unos pocos países un apoyo sostenido. Esto requerirá la presencia de personal a tiempo completo en algunas oficinas de país.

¹ RBC: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- El área de trabajo se ha visto afectada por la falta de medios, y se precisarán esfuerzos adicionales para asegurar la continuidad de los recursos durante varios años.
- La formulación de mensajes coherentes y focalizados es una de las claves del éxito. Por consiguiente, se seguirá prestando dentro de esta área de trabajo especial atención a la aplicación de las recomendaciones contenidas en los informes sobre la violencia y la salud y sobre la prevención de traumatismos causados por el tránsito.
- Es importante proseguir los esfuerzos encaminados a mejorar la planificación conjunta en todos los niveles de la Organización, para lo cual se organizarán reuniones anuales de planificación y se mantendrá un contacto regular a través de diversos medios de telecomunicación.
- Se precisan productos muy notorios, y habrá que asegurar un esfuerzo sostenido para velar por que se pongan en práctica. Para lograr ese objetivo, hará falta reforzar las capacidades en algunas esferas.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		17 633	4 354	8 874	13 227
Porcentaje	países	30	26	13	17
	regiones	18	24	18	20
	mundo	52	50	69	63

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Objetivo(s) de la OMS

Asegurar que los gobiernos y sus asociados de la comunidad internacional integren la salud mental y la lucha contra el abuso de sustancias en el programa en pro de la salud y el desarrollo a fin de formular e implementar respuestas eficientes para los trastornos mentales y el abuso de sustancias.

Indicadores y logros

- *Proporción de países destinatarios que hayan aplicado reformas en la esfera de la salud mental:* Dieciocho países han emprendido la aplicación de reformas de política, con el apoyo directo de la OMS.
- *Número de países que hayan aumentado su presupuesto destinado a la salud mental:* Debido a la naturaleza del procedimiento empleado para derivar las cifras presupuestarias relacionadas con la salud mental de los presupuestos sanitarios nacionales, no ha sido posible determinar el número de países que han aumentado su presupuesto destinado a la salud mental.

Logros principales

- De conformidad con el compromiso asumido en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental que la Asamblea de la Salud aprobó en 2002, la Organización ha logrado alcanzar un mayor nivel de concienciación y apoyo político en relación con la salud mental y el control del abuso de sustancias. La OMS organizó, en colaboración con la Unión Europea y el Consejo de Europa, la Conferencia Ministerial Europea sobre Salud Mental (Helsinki, enero de 2005) y convocó junto con la OPS una conferencia regional sobre la reforma de los servicios de salud mental (Brasilia, 7-9 de noviembre de 2005).
- Se elaboró una iniciativa sobre política, legislación y derechos humanos relacionados con la salud mental, que cuenta con el apoyo de una red de expertos, un amplio cuerpo normativo y el respaldo sostenido de los países.
- La Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental aprobó un plan de acción y una declaración, promoviendo así el compromiso político de afianzar en los países la adopción de decisiones de política detalladas.
- La OMS inició una acción de salud pública con respecto a diversos trastornos graves, como la epilepsia, y también en lo tocante a la prevención del suicidio y el tratamiento del abuso de sustancias a nivel de atención primaria. Estos problemas, pese a conformar una importante carga de morbilidad, quedan sin tratar en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios.
- La OMS dio nuevo ímpetu y ofreció orientaciones claras en lo referente a la prestación de asistencia de salud mental durante y después de emergencias y desastres, como los maremotos y terremotos acaecidos en 2005, y de conflictos y guerras. Esta labor, coordinada estrechamente entre la Sede, las oficinas regionales, las oficinas en los países y otros organismos de las Naciones Unidas, permitió ofrecer a las comunidades afectadas una respuesta más eficaz y basada en pruebas científicas.
- La Organización realizó importantes avances en relación con la capacitación de recursos humanos para la salud mental y la investigación conexas. Esta labor reviste particular importancia para los países de ingresos bajos y medios donde las capacidades son insuficientes en ambas esferas.

Descripción de algunos logros

El *Atlas de Salud Mental - 2005*¹ - una herramienta elaborada conjuntamente por la Sede y las oficinas regionales y de país - ha venido a colmar la necesidad, sentida desde hacía tiempo, de contar con información básica sobre salud mental. Este instrumento facilita información fundamental sobre los recursos y servicios existentes en esta esfera, incluidos datos epidemiológicos relativos a todos los países de ingresos bajos y medios. Se han elaborado versiones específicas centradas en la salud mental del niño y el adolescente, la neurología, la epilepsia y la educación y formación en psiquiatría. Estos atlas son utilizados profusamente por los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, así como por los investigadores que trabajan en los distintos países.

¹ *Mental Health Atlas - 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. Esta base de datos puede consultarse (en inglés) en la dirección: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán desarrollado estrategias apropiadas y se habrá prestado apoyo a los países para reducir la estigmatización y las violaciones de derechos humanos asociadas a los trastornos mentales y neurológicos y al abuso de sustancias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que, en consulta con la OMS, han emprendido estrategias para elaborar legislación sobre salud mental, promover los derechos humanos y reducir la estigmatización a través de programas de comunicación social	0	20	110% (22 países)

La labor normativa y de país en la esfera de la legislación y los derechos humanos relacionados con la salud mental se prosiguió satisfactoriamente, a través de una estrecha colaboración entre la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países. La capacidad internacional en este ámbito se vio reforzada con la facilitación, a más de 50 expertos, de capacitación basada en el marco de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación conexas. La obra de referencia elaborada por la OMS a este respecto¹ fue traducida a cinco idiomas y recibió amplia cobertura mediática. Hay en curso procesos de elaboración o revisión de legislación sobre salud mental en países como China, Ghana, India, Indonesia, Iraq, Maldivas, Mauricio, Papua Nueva Guinea, Rwanda, Samoa, Sri Lanka y Tailandia. Se llevaron a cabo actividades destinadas a promover los derechos humanos de los enfermos mentales en diversos países, entre ellos Burundi, Cabo Verde, Camerún, Congo, Etiopía, ex República Yugoslava de Macedonia, Indonesia, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibia, Níger, República de Moldova, Senegal, Serbia y Montenegro, Sri Lanka, Swazilandia, Tailandia y Zambia. Asimismo, se organizaron en la mayoría de los países actividades de comunicación social encaminadas a reducir la estigmatización y criminalización de las personas con trastornos mentales. También se proporcionó a algunos países apoyo para establecer o fortalecer grupos de defensa de los derechos humanos.

Se habrá proporcionado información y apoyo a los países para formular y aplicar políticas y planes en materia de salud mental y consumo de sustancias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número y proporción de países destinatarios para los que se ha traducido información o datos adaptándolos a las necesidades del país	0	12	100% (12 países)
Número y proporción de países destinatarios que han recibido asistencia técnica de la OMS para desarrollar y aplicar políticas y planes	0	24	125% (30 países)

Se ultimó e imprimió el paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental de la OMS y se le dio amplia difusión. Muchas de las herramientas que lo componen se tradujeron a diversos idiomas oficiales de la OMS y también a otras lenguas. La guía de recursos de la OMS sobre prevención del suicidio fue traducida igualmente a nueve idiomas. Se prestó asistencia técnica en relación con las políticas y planes de salud mental a numerosos países y territorios como Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Etiopía, Gambia, Guinea-Bissau, Kuwait, Lesotho, Letonia, Marruecos, Mozambique, Namibia, Omán, República Islámica del Irán, Ribera Occidental y Faja de Gaza, Samoa, Sri Lanka, Túnez y Zimbabue. Un paso importante hacia la mejora de las políticas de promoción del tratamiento de las personas opiáceodependientes fue la inclusión de la metadona y la buprenorfina en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales. Se prestó asistencia en relación con las políticas y planes de control del abuso de sustancias a algunos países, como Indonesia, Lituania, la República Islámica del Irán y Ucrania. Se publicó un informe de expertos de la OMS sobre neurociencia y consumo y dependencia de sustancias,² que se divulgó en todas las regiones y fue traducido a 10 idiomas. Treinta y tres Estados Miembros de la Región de Europa recibieron asistencia en relación con la elaboración y aplicación de planes para la gestión de problemas de abuso de sustancias en las cárceles.

¹ *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Se habrán establecido y llevado a cabo a nivel mundial y regional investigaciones e iniciativas de política en relación con el alcohol.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que han adaptado a sus necesidades directrices de política sobre el alcohol	0	4	100% (4 países)
Proporción de países destinatarios que han emprendido investigaciones sobre temas relacionados con el alcohol en consonancia con los promovidos por la OMS	0	9	166% (15 países)

Se facilitó asistencia y asesoramiento técnico sobre política en materia de alcohol a una serie de países, como Bhután, India, Indonesia, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Sri Lanka y Tailandia. En algunos países, entre ellos Brasil, Fiji, Mongolia y Sudáfrica, se prestó apoyo para la organización de cursos de capacitación sobre detección y tratamiento precoces de los problemas de alcoholismo en atención primaria. Las investigaciones sobre cuestiones relacionadas con el alcohol se respaldaron de diversas maneras, por ejemplo apoyando la realización del Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura en Argentina, Costa Rica, India, Kazajstán, Nigeria y Sri Lanka; un estudio epidemiológico nacional sobre el alcohol en Mongolia; la estimación de los costos socioeconómicos atribuibles a los problemas relacionados con el alcohol en China; y otros proyectos específicamente centrados en esta cuestión en Bhután, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Sri Lanka y Tailandia. Todas estas actividades conforman una sólida base para la expansión programada de las actividades de la OMS en la esfera de los efectos nocivos del alcohol durante el bienio 2006-2007.

Se dispondrá en los países de instrumentos, directrices y módulos de formación para el manejo de los trastornos mentales y neurológicos y del abuso de sustancias; se habrá prestado apoyo suficiente a los países para su aplicación, teniendo en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables (p. ej., población pobre, usuarios de drogas inyectables y personas que viven con el VIH/SIDA) y las necesidades específicas en materia de género.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que han recibido apoyo de la OMS para incorporar sus instrumentos y material de evaluación y gestión de las situaciones y las necesidades clínicas, así como de formación de personal, en los servicios nacionales de salud	6	24	100% (24 países)
Proporción de países destinatarios en los que la OMS promueve o ayuda a coordinar el apoyo necesario para las necesidades de salud mental de los grupos de población más vulnerable	6	18	100% (18 países)

La Campaña Mundial contra la Epilepsia, puesta en marcha por la OMS en colaboración con dos organizaciones no gubernamentales internacionales dio lugar a la celebración de una serie de actividades en las regiones y los países. Se prepararon informes regionales para las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Se completó un proyecto experimental en China y se iniciaron nuevos proyectos piloto y experimentales en China, Georgia, India, Maldivas, Myanmar y Viet Nam. Asimismo, se elaboró un proyecto de directrices sobre el tratamiento de la epilepsia en niños y adolescentes. En algunos países, como Benin, Brasil, China, Japón, Paraguay, Singapur, Uruguay y Viet Nam, se ofreció asistencia técnica directa para la formulación de programas nacionales de prevención del suicidio. Se preparó también una carpeta de recursos sobre salud mental y tratamiento del VIH/SIDA. Se facilitó a profesionales de 26 países de la Región de África y de ocho países de la Región de Asia Sudoriental capacitación y asistencia técnica en relación con el tratamiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes, con énfasis en las poblaciones vulnerables. Se puso en marcha una campaña mundial para reducir la carga de las cefaleas. En todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental, se impartieron cursos nacionales de capacitación sobre el tratamiento de trastornos mentales, y en China, Indonesia, Lituania, Polonia, República Islámica del Irán y Tailandia se organizaron cursos sobre los tratamientos sustitutivos aplicables a los toxicómanos. Se facilitaron medicamentos esenciales a diversos países, entre ellos Afganistán, Congo, Djibouti, Iraq y Somalia. Asimismo, se brindó una asistencia integral en materia de salud mental a países

y territorios afectados por diferentes emergencias y desastres, en particular a los castigados por los maremotos de diciembre de 2004 (Indonesia, Maldivas y Sri Lanka) o por conflictos y guerras (Afganistán, Iraq, Ribera Occidental y Faja de Gaza, y Sudán). La asistencia facilitada se centró principalmente en los grupos más vulnerables de esos países.

Se dispondrá de datos científicos, epidemiológicos y sobre recursos más válidos y fiables para planificar y desarrollar intervenciones costoeficaces en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias; los países tendrán acceso a índices de la carga de morbilidad atribuible a esos trastornos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número (y representación regional) de países sobre los que se dispone de datos en bases de datos epidemiológicas	0	Revisar la base de datos en lo que respecta a los países de ingresos bajos y medios	Se incorporaron 192 países, y la base de datos se revisó para incluir todos los países de ingresos bajos y medios.
Número y proporción de países destinatarios que reciben asistencia técnica de la OMS en la elaboración de protocolos para intervenciones costoeficaces	0	6	133% (8 países)

Además del *Atlas de Salud Mental* revisado y actualizado de 2005, se publicaron también atlas específicos sobre neurología, epilepsia y salud mental del niño y el adolescente.¹ Se elaboró un instrumento de evaluación para sistemas de salud mental, que se aplicó y concluyó en 12 países - Albania, Barbados, Ecuador, India, Letonia, Kenya, Pakistán, República de Moldova, Senegal, Sri Lanka, Túnez y Viet Nam - y se puso en marcha en muchos más. Se actualizaron los datos mundiales relacionados con el suicidio y se recogieron datos epidemiológicos de una serie de países, como Brasil, China, Estonia, India, República Islámica del Irán, Sri Lanka, Sudáfrica y Viet Nam. Se recabó información sobre la costoeficacia de las intervenciones de salud mental, que se difundió a todas las regiones y a países como Estonia, Nigeria y Sri Lanka. Se ofreció asistencia técnica en esta esfera a seis países de la Región de Asia Sudoriental y a ocho países de la Región de Europa.

Se habrá prestado apoyo para crear en los países en desarrollo capacidad de articulación de políticas y de investigación en materia de trastornos mentales y neurológicos y de abuso de sustancias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de programas de becas establecidas para impartir a los investigadores de los países en desarrollo formación sobre los aspectos de la salud mental y el abuso de sustancias que tocan a la salud pública	2 investigadores	12 investigadores	17 investigadores

Se iniciaron o apoyaron en los países diversas actividades relacionadas con el fortalecimiento de la capacidad investigadora. El programa de becas de investigación sobre salud mental de la OMS se amplió a cinco centros y proporcionó capacitación a siete becarios procedentes de países de ingresos bajos y medios. Uno de los programas de capacitación tuvo lugar en Etiopía y permitió formar a 12 investigadores de la Región de África; en la Región de Asia Sudoriental se celebraron tres reuniones destinadas a fortalecer las capacidades y priorizar las investigaciones en salud mental. En lo tocante al abuso de sustancias, la OMS ofreció becas de viaje a 10 investigadores. También se llevaron a cabo actividades de fortalecimiento de la capacidad investigadora en el Iraq. En seis países - Brasil, Hungría, México, Pakistán, Polonia y Turquía - se efectuó una evaluación de las infraestructuras de investigación y en tres regiones se realizó un mapeo de los medios de investigación sobre salud mental, en colaboración con el Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias.

¹ *Atlas: Country Resources for Neurological Disorders*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004; *Atlas: Epilepsy Care in the World*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005; *Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: Global concerns: Implications for the Future*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Entre los factores que contribuyeron notablemente a la ejecución efectiva de las actividades, destacaron los continuos esfuerzos de la OMS en lo que a elaboración de material normativo sobre salud mental y abuso de sustancias se refiere. Dado que, desde una perspectiva de salud pública, ambas esferas se encuentran en una etapa temprana de desarrollo, es preciso contar con material de este tipo para orientar todos los programas de país.
- La estrecha relación de trabajo entre la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países permitió una ejecución eficaz de los programas. El nombramiento de personal profesional a nivel subregional resultó particularmente útil para mantener una presencia efectiva dentro de los países.
- Dado el reducido tamaño del equipo de la OMS encargado del área de salud mental y abuso de sustancias, los vínculos de asociación con otras organizaciones fueron fundamentales para avanzar hacia la consecución de los objetivos que la OMS persigue en estas esferas.

Obstáculos

- Las limitaciones de recursos representaron el mayor obstáculo en estas esferas. Además, al descentralizarse un 70% de los recursos, se redujeron aún más las posibilidades de llevar a cabo la labor normativa mundial reclamada por algunos Estados Miembros.
- La falta de capacidades relacionadas con la salud mental en algunas oficinas de país coartó seriamente la ejecución de actividades sobre salud mental y abuso de sustancias a nivel nacional.
- La escasa prioridad conferida dentro de los ministerios de salud a la salud mental y al abuso de sustancias siguió obstaculizando la expansión de las actividades en estas esferas.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Para facilitar la debida ejecución de los programas de país, conviene reforzar aún más algunas actividades normativas esenciales, cosa que se hará durante el bienio 2006-2007.
- Es preciso fortalecer en 2006-2007 la capacidad de las oficinas de la OMS en los países para proporcionar asesoramiento técnico a nivel local y supervisar los programas de país.
- Se procurará emplear medios más innovadores para la movilización de recursos, con miras a reducir el déficit detectado en esta área de trabajo. Buena parte de las fuentes potenciales de obtención de recursos a nivel regional y de país han quedado sin explorar, situación ésta que debe subsanarse.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		23 856	11 893	8 782	20 675
Porcentaje	países	38	29	9	21
	regiones	32	33	48	39
	mundo	30	38	43	40

SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Objetivo(s) de la OMS

Capacitar a los países para que apliquen estrategias basadas en la evidencia a fin de reducir los riesgos para la salud, la morbilidad y la mortalidad en las distintas etapas de la vida, promover la salud y el desarrollo de los recién nacidos, niños y adolescentes, e idear mecanismos para medir el impacto de esas estrategias.

Indicadores y logros

Número de países que reciben apoyo técnico de la OMS orientado a crear la capacidad necesaria para poner en práctica intervenciones y aplicar los instrumentos de medición: Un total de 121 países recibieron apoyo técnico de la OMS, a través de visitas in situ o de consultas técnicas.

Logros principales

- Se lograron progresos importantes en lo referente a la formulación de estrategias regionales y nacionales. El Comité Regional para el Pacífico Occidental aprobó la estrategia regional de la OMS y el UNICEF para la supervivencia del niño; el Comité Regional para Europa adoptó la estrategia europea para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente; la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental puso en marcha la iniciativa sobre política para la salud del niño, elaboró las orientaciones estratégicas regionales para la promoción de la salud y el desarrollo del adolescente y apoyó la preparación de estrategias nacionales en materia de salud del adolescente. La Región de África empezó a formular una estrategia para la supervivencia del niño, y los Estados Miembros de la Región de las Américas y la Región de Asia Sudoriental elaboraron estrategias nacionales de salud del recién nacido.
- Se fortalecieron los vínculos entre atención materna, neonatal e infantil con el fin de garantizar la continuidad asistencial. En las Regiones de África, Asia Sudoriental y Europa, se pusieron en marcha iniciativas de programación conjunta en salud materna y salud del niño para promover la salud neonatal. En la Región de África, se amplió el Grupo Especial Regional sobre Salud Reproductiva, que pasó a llamarse Grupo Especial Regional para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; en la Región de las Américas, se puso en marcha una estrategia interinstitucional regional de salud neonatal para promover la prestación de una asistencia ininterrumpida en materia de atención de salud materna, del recién nacido y del niño.
- La aplicación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades de la infancia se amplió en 27 Estados Miembros de la Región de África, 7 de la Región de las Américas, 5 de la Región de Asia Sudoriental, 14 de la Región de Europa, 11 de la Región del Mediterráneo Oriental y 13 de la Región del Pacífico Occidental. Según demostró una evaluación multipaíses centrada en la eficacia, el costo y el impacto de este instrumento, se logró reducir en la República Unida de Tanzania la carga de mortalidad en un 13% (en un periodo de dos años), sin ningún costo adicional, y triplicar en Bangladesh las tasas de utilización de servicios públicos para el tratamiento de enfermedades graves de la infancia.
- Los esfuerzos de promoción reportaron buenos resultados. La serie de estudios sobre salud neonatal publicada en *The Lancet* (en coautoría con la OMS) y el *Informe sobre la salud en el mundo 2005*¹ hicieron que se prestara mayor atención a la salud del recién nacido en las Regiones de África, las Américas y Asia Sudoriental; la cuestión de la salud de la madre, el recién nacido y el niño adquirió un protagonismo mayor en la Región de Asia Sudoriental (donde se presentó el informe); en la Región del Mediterráneo Oriental, se organizaron unas jornadas nacionales de salud pública, que contaron con una elevada participación, y se inauguró un sitio web consagrado a la salud del niño y del adolescente.
- Se otorgó mayor prioridad a los servicios de salud orientados a los adolescentes. En la Región de Asia Sudoriental, estos servicios se priorizaron en ocho Estados Miembros, en tanto que la cuestión de la salud y el desarrollo del adolescente fue incluida en dos Estados Miembros en programas intersectoriales; en la Región de África, se adoptaron en 32 Estados Miembros medidas para facilitar al personal sanitario orientación sobre el concepto de este tipo de servicios. Además de los 29 Estados Miembros de la Región de las Américas provistos de programas nacionales de salud del adolescente, otros seis formularon planes de desarrollo de la juventud y prevención de la violencia. En la Región de Europa, se elaboró una cartografía de los servicios de salud orientados a los adolescentes en 17 Estados Miembros.
- Se fortalecieron diversos lazos de asociación. Las oficinas regionales de la OMS y del UNICEF firmaron un comunicado conjunto sobre intervenciones de supervivencia del niño en la Región de África, y la Unión Africana aprobó una decisión que prevé la expansión de este tipo de intervenciones; la existencia de sólidos vínculos de cooperación con la Región de Europa propició una buena recaudación de fondos para ese fin; las alianzas estratégicas existentes en la Región de Asia Sudoriental

¹ *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

dieron lugar a un fortalecimiento de las acciones nacionales destinadas a reducir las tasas de VIH entre los jóvenes; en la Región del Pacífico Occidental se elaboró, en colaboración con la Oficina Regional del UNICEF para Asia Oriental y el Pacífico, una estrategia de supervivencia del niño. La Región de las Américas forjó lazos de asociación en materia de reanimación neonatal con asociaciones profesionales y en materia de salud del niño y del adolescente con organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil. La OMS y diversos asociados interesados en esta esfera pusieron en marcha la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, y en algunos países se iniciaron actividades nacionales conexas. La Oficina Regional para Asia Sudoriental y el UNICEF acordaron colaborar en la elaboración de unas directrices regionales sobre el VIH en niños y el tratamiento antirretroviral.

Descripción de algunos logros

A raíz de la intensificación de los esfuerzos de promoción destinados a mejorar la supervivencia infantil y neonatal propiciada por la publicación de una serie de estudios sobre esta cuestión en *The Lancet*, el *Informe sobre la salud en el mundo 2005* y el Día Mundial de la Salud 2005, tres países (Etiopía, Madagascar y Zambia) ultimaron estrategias o políticas nacionales de salud del niño y otros cuatro (Kenya, Mozambique, Nigeria y República Unida de Tanzania) iniciaron el proceso para su elaboración. Los siete países contaron con el apoyo de la Oficina Regional para África. Las citadas estrategias o políticas hacían hincapié en la aplicación integrada de una selección de intervenciones costoeficaces, con miras a reducir las elevadas tasas de mortalidad en la niñez prevalentes en la región. Con el propósito de asegurar una asistencia integrada a los países, la Oficina Regional para África y el UNICEF firmaron un comunicado en el que se identificaban una serie de intervenciones que recibirían un apoyo conjunto. La Unión Africana, respaldada por la Oficina Regional para África y el UNICEF, aprobó la Declaración de Trípoli, que insiste en la necesidad de expandir determinadas intervenciones costoeficaces a fin de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4. Dado que los Objetivos 4 y 5 están interrelacionados y que ninguno de ellos puede alcanzarse plenamente sin el otro, el Director Regional decidió ampliar el Grupo Especial Regional sobre Salud Reproductiva y convertirlo en Grupo Especial Regional para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, con miras a apoyar a los países en sus esfuerzos por asegurar la prestación de una atención ininterrumpida desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal, hasta la niñez.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se prestará apoyo técnico y normativo adecuado a un mayor número de países para poner en práctica los artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño relacionados con la salud.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que han comenzado a aplicar las recomendaciones relativas a la salud del niño y del adolescente como resultado del apoyo de la OMS al proceso de presentación de informes de la Convención sobre los Derechos del Niño	3	8	14

Las actividades emprendidas por la Sede en la esfera de los derechos del niño y del adolescente se centraron principalmente en colaborar con los asociados para estudiar la aplicación práctica de la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos jurídicos a los planes y programas relacionados con la salud del niño y del adolescente. Se facilitó apoyo directo al Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas para una serie de países, y se organizaron talleres nacionales, subregionales y de país sobre los derechos del niño, en colaboración con las oficinas regionales, el UNICEF y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. No obstante, algunas oficinas regionales notificaron que carecían de la capacidad necesaria para hacer un seguimiento de este resultado previsto; se están creando capacidades adicionales para que las regiones puedan prestar un mejor apoyo a los países en lo referente a la aplicación de la Convención y de las recomendaciones del Comité en el futuro.

Se habrán establecido mejores políticas, estrategias, patrones y normas de protección de los adolescentes frente a las enfermedades y los comportamientos y situaciones de riesgo para la salud, mediante apoyo técnico, normativo y a investigaciones.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que han formulado recomendaciones y directrices de política inspiradas en proyectos de investigación respaldados por la OMS sobre la protección de los adolescentes frente a las principales enfermedades y comportamientos y situaciones de riesgo para la salud	20	30	32
Número de países que cuentan con políticas y programas nacionales de salud del adolescente	20	30	49

Esta labor se centró en la introducción y prestación de servicios de salud orientados a los adolescentes, el enfoque propugnado por la Alianza de Padres, Adolescentes y la Comunidad (APADOC) y el sistema de cartografía y evaluación de programas orientados al adolescente. Algunas oficinas regionales no proporcionaron información en relación con este resultado previsto y otras no facilitaron datos cuantitativos.

Se habrán establecido directrices, enfoques e instrumentos para una aplicación más efectiva y amplia del tratamiento integrado de las enfermedades de la infancia, y se habrá validado y promovido la vigilancia de los progresos realizados.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que aplican un tratamiento integrado de las enfermedades de la infancia y que han ampliado la cobertura geográfica de las actividades conexas a más del 50% de los distritos destinatarios	20	25	25
Número de proyectos de investigación apoyados por la OMS cuyo objetivo es influir en la formulación de pautas estratégicas, normas y directrices para mejorar la supervivencia infantil	40	50	80
Número de países que cuentan con políticas y planes de acción nacionales de salud del niño basados en normas y directrices de la OMS	8	16	Al menos 44

La aplicación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades de la infancia se amplió en los países destinatarios de todas las regiones, y la cobertura universal pasó a ser el reto principal. Se reforzaron las actividades de capacitación previa al servicio destinadas al personal médico y paramédico y se aumentó la prioridad otorgada a las mismas; también se fortalecieron las intervenciones comunitarias en pro de la salud del niño (tanto en lo que respecta al suministro de servicios a nivel comunitario como a la promoción de prácticas familiares). Se elaboraron proyectos de investigación para colmar lagunas relacionadas con los conocimientos técnicos e identificar las mejores maneras de ejecutar las intervenciones; los resultados obtenidos se tradujeron rápidamente en medidas concretas.

Se habrá prestado apoyo a las investigaciones y a la elaboración de directrices, enfoques e instrumentos para mejorar la ejecución de las intervenciones destinadas a reducir la mortalidad y mejorar la salud de los recién nacidos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de proyectos de investigación apoyados por la OMS cuyo objetivo es influir en la formulación de pautas estratégicas, normas y directrices para mejorar la supervivencia neonatal	3	6	10
Número de países que han adoptado directrices de esa índole	0	8	18 países más

Quedó patente que la salud del recién nacido y la salud del niño son inseparables (como se refleja en los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el bienio 2006-2007) y que las intervenciones de salud neonatal y salud materna están interrelacionadas, por lo que es preciso forjar sólidos vínculos entre los programas de salud del niño y los de salud de la madre. Se ofreció a los asesores regionales orientación sobre un marco para la salud del recién nacido, con miras a crear las capacidades necesarias para apoyar a los países en esta esfera.

Se habrá alcanzado un consenso sobre la definición de las metas mundiales para criar niños sanos y adolescentes competentes y con confianza en sí mismos, y se habrá contribuido a su logro.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que han establecido mecanismos de la Alianza para la Supervivencia Infantil a fin de propiciar una actuación coordinada en lo referente a la ejecución de intervenciones de salud infantil	0	15	8
Número de países que aplican el enfoque estratégico de la OMS sobre el VIH y los jóvenes	3	10	20 (10 de ellos pertenecientes a la Región de las Américas)

Además de los mecanismos de la Alianza para la Supervivencia Infantil y el enfoque estratégico sobre el VIH y los jóvenes, unos 40 países aplicaron la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, que incluye medidas normativas, estratégicas y de fortalecimiento de las capacidades relacionadas con la alimentación del lactante en el contexto del VIH. El cambio de énfasis de la supervivencia infantil a la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño se reflejó en algunas regiones. Un buen ejemplo de colaboración fue la formulación conjunta por la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental y la Oficina Regional del UNICEF para Asia Oriental y el Pacífico de una estrategia regional de supervivencia infantil orientada hacia los resultados, cuyo propósito es reducir las desigualdades en materia de supervivencia del niño y apoyar la consecución de metas nacionales relacionadas con el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, mejorando la accesibilidad y la utilización de un paquete esencial de intervenciones de supervivencia infantil basadas en criterios científicos.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se crearon vínculos entre diversos programas y áreas de trabajo de la OMS, en particular entre el área de Salud del niño y del adolescente y las áreas Reducir los riesgos del embarazo, VIH/SIDA y Nutrición.
- Se reforzaron los lazos de asociación y la colaboración interinstitucional con otras organizaciones de las Naciones Unidas (como el FNUAP, el ONUSIDA y el UNICEF), organismos bilaterales, asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales a nivel regional y de país, con miras a expandir las intervenciones.
- Se desplegaron diversos esfuerzos de promoción y se obtuvo un apoyo político de alto nivel, incluido el respaldo de los Directores Regionales y de los órganos deliberantes regionales.
- Hubo una estrecha colaboración entre todos los niveles de la Organización y una planificación conjunta en toda el área de trabajo.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Se contó con sólidos equipos regionales, dotados de coordinadores tanto para la salud del niño como para la salud del adolescente, y en algunos países se dispuso de personal de la OMS.

Obstáculos

- Uno de los obstáculos fue la falta general de fondos, y la disponibilidad de fondos no especificados para uso discrecional y apoyo a los países.
- La asignación de fondos del presupuesto ordinario a nivel regional y de país no refleja la alta prioridad otorgada por la OMS a la salud del niño y del adolescente.
- Hubo escasez de personal y falta de capacidades en todos los niveles de la Organización, sobre todo en lo que respecta a la salud del adolescente. En algunas regiones, ciertos puestos permanecieron vacantes durante algún tiempo.
- Otro obstáculo fue la falta de criterios técnicos en relación con la eficacia de las intervenciones centradas en los adolescentes y la ejecución de las mismas.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Las alianzas han contribuido a acelerar la ejecución de las estrategias de salud del niño y del adolescente a nivel de país; es fundamental proseguir y reforzar esa colaboración para asegurar la puesta en común (o complementación) de los esfuerzos, la existencia de estructuras de coordinación común, la planificación conjunta y una mejor movilización de recursos.
- Es más probable que se alcancen los resultados previstos si se concentran los esfuerzos en un número limitado de actividades viables. La fuerza motriz debe ser el logro de la plena cobertura para las intervenciones ya existentes y de eficacia demostrada.
- La OMS debe esforzarse por fortalecer la capacidad en todos los niveles y por robustecer los equipos regionales y de país.
- Asegurar una labor de promoción continua dirigida a todos los asociados y Estados Miembros es fundamental para expandir las intervenciones de salud del niño y del adolescente en todos los niveles. En el bienio 2006-2007 se hará mayor hincapié en la promoción.
- La salud y supervivencia del niño depende de la salud y supervivencia de la madre. En 2006-2007, se promoverá en todos los niveles la prestación de una atención ininterrumpida, que abarque desde el parto hasta la niñez y se extienda desde el hogar hasta los centros de atención primaria e incluso a niveles de atención superior. Se precisa una colaboración más estrecha con las áreas de trabajo Reducir los riesgos del embarazo y Nutrición.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		67 349	15 355	38 676	54 032
Porcentaje	países	31	49	10	21
	regiones	33	20	40	34
	mundo	36	31	50	45

DESARROLLO DE INVESTIGACIONES Y PROGRAMAS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Objetivo(s) de la OMS

Contribuir, mediante investigaciones y apoyo a la elaboración de políticas y programas, a reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva y a establecer en los países servicios de salud reproductiva accesibles, equitativos, de alta calidad y atentos a las diferencias entre los sexos.

Indicadores y logros

- *Número de estudios terminados sobre las causas, los determinantes, la prevención y el manejo de la morbilidad y mortalidad reproductivas.* Se concluyeron 19 estudios de una meta de 40.
- *Número de países que reciban apoyo técnico para evaluar el alcance y la calidad de los servicios de atención de salud reproductiva existentes y determinar los criterios que se podrían aplicar para mejorar los servicios, incluida la integración de las actividades asistenciales y preventivas contra el VIH.* Se prestó un apoyo intensivo en más de 25 países, lo cual supera con creces la meta de 20.

Logros principales

- En colaboración con diversos asociados y, en particular, con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) se proporcionó apoyo técnico y normativo para el establecimiento de programas nacionales de salud sexual y reproductiva en más de 60 países de todas las regiones de la OMS. El Programa OMS/FNUAP de Asociación Estratégica, puesto en marcha en 2004, fue fundamental para esa empresa. El Programa respalda un proceso coordinado de introducción, adaptación y aplicación de directrices en los países, con el apoyo de asesores técnicos de la OMS, el FNUAP y otros organismos de cooperación, y bajo la dirección de los respectivos ministerios de salud.
- En 2004, la Asamblea de la Salud aprobó la resolución WHA57.12, en que hacía suya la estrategia para acelerar los avances en materia de salud reproductiva, medida que ha contribuido al desarrollo de programas nacionales. En la estrategia se señalan las discrepancias más importantes entre los objetivos y las realidades mundiales y se describen los principales factores que entorpecen el logro de progresos, entre los que se destacan las desigualdades relacionadas con las cuestiones de género y la pobreza y los riesgos a que están expuestos los adolescentes. Con el fin de acelerar los progresos para alcanzar los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva, en ella se establece un plan de acción, que se rige por principios basados en los derechos humanos internacionales. La OMS trabajó con los Estados Miembros para aplicar la estrategia a nivel nacional.
- Durante el bienio se concluyeron un total de 19 proyectos de investigación de ámbito mundial y nacional, con el respaldo del Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana.
- El interfaz crítico entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA cobró gran interés para la Organización en el marco de esta área de trabajo.
- En la Región de Asia Sudoriental, se procedió con éxito a la adaptación y el ensayo sobre el terreno de instrumentos para evaluar la malaria en el embarazo en Bangladesh, la India, Indonesia y Myanmar; en Timor-Leste se estableció una estrategia nacional de planificación familiar; en Bangladesh, Maldivas y Timor-Leste se adaptaron directrices de planificación de la familia, y en Bangladesh, Nepal y Tailandia se realizaron actividades para prevenir los abortos peligrosos.
- En la Región del Pacífico Occidental se estableció un marco regional para acelerar la adopción de medidas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes, para lo cual se identificaron y trataron en particular las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de éstos. Además, se realizó de forma sistemática un examen de los programas existentes, a fin de aumentar la toma de conciencia con respecto a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y tratar de que ésta mejore.
- En la Región de Europa, como resultado de la adopción de la estrategia de la OMS para acelerar los avances en materia de salud reproductiva, se elaboraron y aprobaron estrategias nacionales en Kirguistán, la República de Moldova y Tayikistán, y en Irlanda, Kazajstán, Kosovo (Serbia y Montenegro) y Uzbekistán está en curso el proceso de elaboración o aprobación de iniciativas de ese tipo.
- En la Región de las Américas se elaboraron y diseñaron diversos modelos prototípicos aplicables a nivel clínico y comunitario para hacer participar a los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá.

- Un estudio realizado en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental sobre las secuelas obstétricas de la mutilación genital femenina demostró que las mujeres que han sido sometidas a ese procedimiento son mucho más propensas a tener partos complicados y que el riesgo es mayor cuanto más amplia es la mutilación.
- Las conclusiones de una consulta celebrada en junio de 2005 con objeto de evaluar la evidencia sobre el vínculo entre el uso de anticonceptivos hormonales y la salud ósea se publicaron en el *Weekly Epidemiological Record-Relevé épidémiologique hebdomadaire* y se difundieron ampliamente.¹ Los expertos convinieron en que las ventajas de esos anticonceptivos (incluidos los métodos a base de progestágeno solo) por general son mayores que los riesgos de pérdida ósea.
- Se concluyó la primera parte de la encuesta mundial de la OMS sobre salud materna y perinatal en las Regiones de África y las Américas; en su preparación se utilizaron datos sobre 250 hospitales y 180 000 partos.

Descripción de algunos logros

El fortalecimiento de los programas de planificación familiar en la Región de África dio un nuevo giro con la elaboración del marco decenal para el reposicionamiento de la planificación familiar y su adopción por todos los ministros de salud que participaron en la reunión del Comité Regional en septiembre de 2004. En junio de 2004 se puso en marcha en esa región la iniciativa para la aplicación de prácticas óptimas en materia de salud sexual y reproductiva, con miras a intercambiar experiencias y aplicar las prácticas más idóneas en esa esfera. Doce países participaron en ella y cinco están llevando ya a cabo actividades.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se dispondrá de nuevos conocimientos sobre aspectos altamente prioritarios de la salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo biológico, incluidos aspectos intersectoriales tales como el papel de los hombres, la integración de actividades preventivas y asistenciales contra el VIH/SIDA en los servicios de salud reproductiva, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y las consecuencias de las reformas de la atención sanitaria en la atención de salud reproductiva.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de estudios realizados sobre determinados problemas prioritarios en materia de salud reproductiva	Base de evidencia existente	40 estudios	19 estudios concluidos
Número de exámenes sistemáticos nuevos y actualizados sobre prácticas óptimas, políticas y normas de atención	Exámenes sistemáticos existentes	15 exámenes sistemáticos nuevos o actualizados	19 exámenes

El Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana respaldó actividades de investigación mundiales y nacionales. Se llevaron a cabo proyectos sobre temas como la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la salud ósea, la seguridad y la eficacia de dos dispositivos intrauterinos, la suplementación con calcio para la prevención de la preeclampsia, la incidencia y los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria pélvica y los abortos por evacuación manual que realizan parteras capacitadas. Además de esas investigaciones de importancia mundial, se realizaron mucho más de 100 estudios de investigación en los centros que reciben apoyo del Programa para reforzar la capacidad investigadora. Por otra parte, se utilizó el proceso de «identificación permanente de datos de investigación» para encontrar y someter a valoración crítica evidencia nueva de importancia para la orientación que proporciona la OMS sobre diversas afecciones médicas en el marco de la planificación de la familia; como resultado de esa actividad, se llevaron a cabo seis exámenes sistemáticos. También se encontró evidencia nueva relacionada con siete recomendaciones sobre prácticas anticonceptivas, lo que permitió actualizar cinco exámenes sistemáticos. Asimismo, se realizó un examen sistemático de la mortalidad y morbilidad maternas, que abarcó las causas de la mortalidad materna, la prevalencia de la ruptura uterina y otros temas.

¹ WHO statement on hormonal contraception and health. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2005; 80:297-304.

Se habrán diseñado, aplicado y validado, mediante investigaciones operativas, intervenciones costoeficaces de fomento de una salud reproductiva de alta calidad, centrada en el usuario y atenta al género.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que están realizando estudios de investigación operativa para evaluar modalidades de prestación de atención de salud reproductiva de alta calidad	Base de evidencia existente en los países	15 países	11 países

Se llevaron a cabo investigaciones operativas en varios países. En Kenya, se realizó un estudio para evaluar el impacto de la introducción de la guía sobre enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones del aparato reproductivo,¹ en relación con la integración de la respuesta a esas infecciones en la atención de salud reproductiva y la atención primaria de salud. Siguiendo el Enfoque estratégico para la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud reproductiva, dio comienzo en Rumania un estudio de investigación operativa para establecer servicios de salud reproductiva destinados a las trabajadoras de fábricas. También se llevaron a cabo diversos proyectos de investigación operacional en colaboración con el Frontiers in Reproductive Health Program del Consejo de Población, que empleó técnicas de investigación operacional para mejorar la prestación de servicios de salud reproductiva.

Se habrá definido, validado y difundido un conjunto apropiado de normas basadas en datos científicos y directrices normativas, técnicas y gerenciales conexas para conseguir una atención de salud reproductiva de buena calidad.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de material nuevo o actualizado para respaldar las actividades nacionales destinadas a mejorar la salud reproductiva	Material de orientación existente	Difusión de 8 nuevas guías	5
Número de países que reciben apoyo técnico para adaptar las normas basadas en la evidencia para la práctica de atención esencial en salud reproductiva	20 países	Otros 20 países	Más de 25 países recibieron apoyo técnico intensivo.

La OMS continuó respaldando el establecimiento de normas, criterios y directrices clínicas basados en la evidencia: se publicó un instrumento de ayuda para la adopción de decisiones destinado a los usuarios y los proveedores de servicios de planificación familiar (*Decision-making tool for family planning clients and providers*);² los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, tercera edición (2005), y las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, segunda edición (2004), se tradujeron a seis y siete idiomas, respectivamente, y se presentaron en 60 países a través de seis talleres regionales; la guía sobre las enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones del aparato reproductivo se tradujo al chino y el francés; se ultimaron las traducciones al español, el francés y el portugués de la *Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual* (2003), y se terminó una guía práctica para proveedores de servicios en la que se da respuesta a preguntas frecuentes sobre el aborto médico.

Se habrá prestado apoyo normativo y técnico adecuado a determinados países para la ejecución de planes integrales destinados a reforzar el acceso, así como su disponibilidad, a una atención, unos recursos humanos y unos servicios de vigilancia y evaluación de gran calidad en materia de salud reproductiva.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que reciben apoyo para reforzar el acceso a una atención de salud reproductiva de gran calidad, así como su disponibilidad	20 países	Otros 20 países	Más de 20

¹ *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² Se puede consultar en línea en: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html.

Se proporcionó apoyo técnico y normativo a numerosos países, principalmente a través de las oficinas regionales y de país. Muchos países emplearon la estrategia para acelerar los avances en materia de salud reproductiva para continuar integrando la salud sexual y reproductiva en sus políticas nacionales de desarrollo y definir los problemas que se plantean, establecer prioridades y vigilar los progresos de cara al logro de los objetivos de salud sexual y reproductiva.

Se habrá prestado apoyo técnico a determinados países para que revisen su legislación, reglamentaciones y políticas nacionales con miras a armonizarlos con los artículos de los instrumentos jurídicos, convenios y documentos de consenso internacional vigentes relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que reciben apoyo para revisar su legislación, reglamentaciones y políticas nacionales relativas a la salud y los derechos reproductivos	Ninguno	3 países	3

Se brindó apoyo a los países para revisar su legislación, reglamentaciones y políticas nacionales relativas a la salud y los derechos reproductivos con ayuda de un nuevo instrumento destinado a reforzar las leyes, políticas y normas de atención mediante el empleo de los derechos humanos en pro de la salud materna y neonatal («Using human rights for maternal and neonatal health: a tool for strengthening laws, policies and standards of care»). Este instrumento se ha utilizado en el Brasil, Indonesia y Mozambique.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- La estrategia de la OMS para acelerar los avances en materia de salud reproductiva contribuyó de forma importante a que las oficinas de país y regionales y la Sede intensificaran sus actividades en esta esfera y aportó un mandato enérgico para llevarlas a cabo.
- La sólida coordinación con el FNUAP, en particular a nivel de los países, reforzó la colaboración técnica y normativa de la OMS con los países en apoyo de la salud sexual y reproductiva.

Obstáculos

- La importante falta de fondos entorpeció gravemente el logro de los resultados previstos en la esfera de la salud reproductiva, en particular los esperados en relación con el Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana. Por ejemplo, en 2005 no se pudieron conceder nuevas subvenciones para crear capacidad de investigación. Además, algunos países informaron de que adolecían de falta de recursos humanos y financieros para alcanzar los resultados previstos en materia de salud sexual y reproductiva.
- Los elementos culturales y políticos y otros elementos delicados relacionados con algunos aspectos del programa de acción sobre salud sexual y reproductiva, como la sexualidad de los adolescentes y las cuestiones relativas a la prevención de los abortos peligrosos, a menudo requieren una amplia planificación, la creación de un consenso y la adaptación metodológica de los enfoques propuestos, todo lo cual puede alargar los plazos de ejecución de las actividades.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Ahora se reconoce ampliamente la necesidad de estructuras eficaces para conseguir recabar la participación de organizaciones comunitarias y asociaciones de hombres; por lo tanto, para 2006-2007 se ha incluido explícitamente un resultado previsto a nivel de toda la Organización relacionado con las actividades individuales, familiares y comunitarias en favor de la salud reproductiva y sexual.
- La falta de suministros y los precios inasequibles de los productos de salud reproductiva siguen siendo un problema fundamental. Esta cuestión se tratará en 2006-2007 en el marco de las actividades interinstitucionales encaminadas a asegurar el abastecimiento de suministros de salud reproductiva.
- Para poder vigilar los progresos en cuanto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos internacionales de desarrollo relacionados con la salud sexual y reproductiva, es preciso reforzar y ampliar los actuales sistemas de información.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		67 070	7 218	55 081	62 299
Porcentaje	países	19	27	8	10
	regiones	7	28	5	8
	mundo	74	45	87	82

REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO

Objetivo(s) de la OMS

Proporcionar asistencia a los Estados Miembros y la comunidad internacional en la elaboración y ejecución de intervenciones costoeficaces que reduzcan los riesgos del embarazo.

Indicadores y logros

Número de países que reciben apoyo técnico y normativo para examinar o formular políticas y programas amplios de reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal: 39.

Logros principales

- Se elaboraron normas e instrumentos basados en la evidencia, incluidas directrices sobre planificación y programación, sobre salud maternoinfantil.
- Se pusieron en marcha actividades de información y promoción a nivel mundial, regional y nacional para reforzar el compromiso de los gobiernos de desarrollar estrategias para mejorar la salud materna y neonatal y de invertir en ellas.
- Se incrementó la capacidad de gestión y prestación de servicios en los niveles comunitario, primario y de derivación de casos de los sistemas de salud de los países prioritarios mediante la creación de capacidad, la organización de talleres y la prestación de asistencia técnica directa a los países.
- Se fortalecieron los sistemas de información para vigilar los progresos en cuanto al aumento de la calidad de la atención y al logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas de mejorar la salud materna.
- Se reforzó aún más la capacidad de las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar la salud de las madres y los recién nacidos mediante el desarrollo de los instrumentos oportunos y la prestación de apoyo técnico a los países.
- Se robustecieron las alianzas con la comunidad internacional y con los asociados mundiales y regionales en el desarrollo, especialmente en relación con los programas que se ejecutan en los países prioritarios.
- Se proporcionó apoyo técnico para mejorar la atención materna y del recién nacido durante las fases de emergencia y rehabilitación en los países afectados por maremotos y terremotos (India, Indonesia, Maldivas, Pakistán y Sri Lanka).
- Se intensificó la colaboración con otras áreas de trabajo y programas conexos, como los relacionados con el VIH/SIDA, el paludismo, la nutrición, los sistemas de salud, la salud del niño y el adolescente y otros aspectos de la salud reproductiva.

Descripción de algunos logros

Las directrices e instrumentos elaborados en la Sede con miras a respaldar la atención materna y del recién nacido han sido adoptados o adaptados por las regiones y los países prioritarios. Se impartió formación en el uso de esas directrices e instrumentos a capacitadores nacionales de varios países prioritarios y otros países. Mongolia desarrolló aún más uno de los instrumentos¹ y preparó un curso de formación a distancia destinado a aumentar el número de trabajadores con preparación en atención obstétrica esencial. También se adaptaron y aplicaron normas, patrones e instrumentos basados en la evidencia para los servicios de salud materna y neonatal en la India, Myanmar, la República Popular Democrática de Corea, Tailandia y Timor-Leste. Bangladesh, la India, Indonesia, Myanmar y Nepal analizaron la situación relativa a la mortalidad materna y perinatal. En 24 países de la Región de África se introdujeron o ampliaron las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño, consistentes, entre otras cosas, en mejorar el acceso a la atención y el tratamiento del VIH en los niños. Cuatro países (Camerún, Côte d'Ivoire, Malawi y Rwanda) revisaron los programas de prevención, con miras a expandir esas intervenciones. La República de Moldova puso en marcha una estrategia para reducir los riesgos del embarazo basada en la evidencia a través de un taller nacional en que participaron interesados y asociados clave, y posteriormente ha proporcionado de forma regular apoyo técnico en diversas esferas. En coordinación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental prestó apoyo técnico y dirigió un taller interpaíses en Beirut para la promoción en los países árabes de las normas y directrices sobre salud materna y neonatal basadas en la evidencia.

¹ *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá prestado apoyo técnico y normativo a los países para que formulen y pongan en práctica planes de acción nacionales de reducción de los riesgos del embarazo que sean costoeficaces y atentos al género, que incluyan información y servicios de atención materna y neonatal y de buena calidad, y que respeten los derechos de la mujer.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que reciben apoyo técnico y normativo en materia de salud materna y del recién nacido	10	20	39

Treinta y nueve países en desarrollo recibieron apoyo técnico de la Sede y las oficinas regionales, entre otras cosas, para desarrollar estrategias y guías basadas en la evidencia y orientadas a situaciones concretas, con objeto de reducir la mortalidad materna y neonatal y contribuir así al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El apoyo a los países se coordinó y prestó en colaboración con asociados en el desarrollo como el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial, otros donantes bilaterales, organizaciones no gubernamentales y organismos profesionales.

Se habrán adaptado e introducido directrices adecuadas basadas en la evidencia en las políticas, las estrategias, los programas y las normas nacionales relacionadas con la atención materna y del recién nacido, la planificación familiar y la atención posterior al aborto.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que reciben apoyo que adaptan e introducen las normas, las directrices y/o los instrumentos recomendados por la OMS	15	30	52

La mayoría de las normas y directrices establecidas en la Sede fueron traducidas a las lenguas oficiales de las Naciones Unidas y a otras lenguas. Además de dar una amplia difusión a esas directrices y de celebrar talleres regionales, la Sede y las oficinas regionales prestaron, de forma dedicada y sostenida, apoyo técnico para la adaptación y el empleo de las directrices, a fin de mejorar las prácticas basadas en la evidencia. En colaboración con el FNUAP, la OMS llevó a cabo tareas a nivel regional y nacional para respaldar la adaptación y utilización de esas directrices e instrumentos basados en la evidencia.

Se habrá prestado apoyo adecuado a los países para fortalecer las intervenciones y la gestión de los sistemas de salud de manera que los servicios de salud materna y del recién nacido y la información al respecto sean accesibles y aceptables para todas las personas, especialmente de comunidades pobres y desfavorecidas, y estén a disposición de todas ellas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que han recibido apoyo adecuado para formular, aplicar y evaluar intervenciones de los sistemas de salud basadas en la evidencia para mejorar la salud materna y del recién nacido	5	15	20

La Sede y las oficinas regionales proporcionaron apoyo técnico a los países para evaluar las necesidades de recursos humanos y llevar a cabo la planificación de la salud materna y del recién nacido. Asimismo, se brindó apoyo técnico para determinar el costo a nivel de distrito de la ampliación de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y neonatal. En África, 24 países adoptaron y adaptaron la guía regional para la reducción de esas tasas de mortalidad, que incluye principalmente medidas a nivel de los sistemas de salud. En casi todas las regiones se prestó apoyo para la vigilancia de programas y la mejora de la calidad de la atención mediante estudios de la mortalidad materna.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- La elaboración y distribución oportunas de las normas y directrices pertinentes.
- El establecimiento de mecanismos eficaces para prestar un apoyo coordinado y puntual a los países.
- La entrega del personal de la Sede y las oficinas regionales y nacionales.

Obstáculos

- La disminución del compromiso y el apoyo a nivel nacional e internacional y por parte de los donantes con respecto a la salud materna y del recién nacido.
- La insuficiente capacidad técnica a nivel regional y en los países.
- La reducida capacidad de los sistemas de salud, debido a la disminución del número de trabajadores preparados y a la falta de suministros suficientes y de una infraestructura logística adecuada.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es preciso mejorar la capacidad técnica de la OMS en las regiones y los países, al menos en los países prioritarios, para proporcionar a tiempo un apoyo que se necesita urgentemente. En 2006-2007 comenzarán a trabajar oficiales de programas nacionales debidamente formados en 10 a 15 países prioritarios.
- Hay que fortalecer las actividades de planificación conjunta de la Sede y las oficinas regionales y en los países, para intensificar y mantener la coordinación con los Estados Miembros y el apoyo que se les presta. Así pues, en 2006-2007 habrá que ejecutar puntualmente los programas en los países y prestar a éstos apoyo técnico, e iniciar pronto la planificación operacional para 2008-2009, a fin de garantizar una coordinación adecuada de los planes entre la Sede y las oficinas regionales y en los países.
- Las actividades de promoción son fundamentales para el éxito de la iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo. En 2006-2007 habrá que preparar una campaña de promoción eficaz a nivel mundial, regional y nacional, con contactos directos con los medios de comunicación y sesiones de información destinadas a ellos, a fin de movilizar un mayor compromiso e inversiones.
- La colaboración y coordinación entre departamentos no ha sido buena. Para remediar esa situación, en 2006-2007 se crearán grupos de trabajo que estudiarán lo que se podría conseguir mediante la colaboración con otras áreas de trabajo, como las referentes al paludismo, la salud del niño y del adolescente, el VIH/SIDA y la nutrición, y en relación con el desarrollo de los sistemas de salud y otros aspectos de la salud reproductiva, teniendo debidamente en cuenta la necesidad de evitar que se dupliquen las tareas.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		38 711	12 370	10 503	22 873
Porcentaje	países	51	59	2	33
	regiones	16	31	26	29
	mundo	33	10	72	38

SALUD DE LA MUJER

Objetivo(s) de la OMS

Apoyar a los Estados Miembros en la elaboración de políticas, estrategias e intervenciones que aborden de forma efectiva las cuestiones de alta prioridad y hasta ahora desatendidas relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida, así como en la reunión de evidencia acerca de la influencia del género sobre la salud y en el desarrollo de instrumentos, patrones y normas destinados a mejorar la capacidad de respuesta de las intervenciones sanitarias a las particularidades de género y a fomentar la equidad entre los géneros en la esfera de la salud.

Indicadores y logros

Aumento de los recursos financieros y humanos dedicados a los problemas de salud de la mujer e incorporación de consideraciones de género en todas las actividades de la OMS. La entrada de fondos específicos para combatir el VIH/SIDA dio lugar a un aumento de los recursos financieros asignados a la Sede, mientras que en las oficinas regionales los recursos financieros y humanos siguieron siendo insuficientes. Pese a una mayor actividad en cuestiones de género, consecuencia de la política de la OMS en esa materia, la perspectiva de género todavía no está integrada de forma sistemática en las actividades de la OMS.

Logros principales

- Se publicó el primer informe sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica y se terminó de elaborar un manual de formación conexo.¹ El estudio incluye datos de más de 24 000 mujeres de 10 países.
- Se puso en marcha en la Sede una nueva iniciativa, que documenta y pone de relieve el papel de los hombres a la hora de promover la igualdad de acceso a los servicios de salud entre hombres y mujeres, como parte de las actividades encaminadas a alcanzar la equidad sanitaria, promoviendo la igualdad de género.
- Se presentó en la Sede la Iniciativa de investigaciones sobre violencia sexual destinada a promover las investigaciones orientadas hacia la acción con miras a reducir la violencia sexual y responder a ella.
- A lo largo del bienio, evolucionaron el alcance y la denominación del área de trabajo y del propio departamento, que pasaron de estar únicamente centrados en la salud de la mujer a adoptar un enfoque más amplio respecto de la igualdad entre géneros. En la OPS, la unidad concernida también cambió su denominación y pasó a depender directamente de la Oficina del Subdirector, mejorando considerablemente su posicionamiento estratégico en la Organización. En septiembre de 2005 el Consejo Directivo de la OPS aprobó en su 46ª sesión su Política de igualdad en materia de género.²
- En mayo de 2005, el Consejo Ejecutivo pidió que en su 117ª reunión se presentaran un proyecto de estrategia y un plan de acción para incorporar la perspectiva de género en la labor de la OMS.³

Descripción de algunos logros

Gracias a la atención prestada a la salud de la mujer por las oficinas regionales durante el bienio, se obtuvieron varios resultados tangibles, tales como la evaluación de un plan regional para la eliminación de la mutilación genital femenina en la Región de África y una serie de actividades de seguimiento para su prevención y tratamiento; la compilación de estudios de casos en materia de género y política sanitaria en siete países de la Región de Europa; la integración de la perspectiva de género en los estudios de medicina en la India, Nepal y Tailandia, en la Región de Asia Sudoriental; y la celebración de una reunión consultiva sobre cuestiones de género, salud y religión en la Región del Mediterráneo Oriental.

¹ *Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² Resolución CD46.R16.

³ Documento EB116/2005/REC/1, acta resumida de la segunda sesión.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán actualizado/producido y utilizado normas, módulos didácticos, instrumentos de información y directrices sobre aspectos concretos de la salud de la mujer para apoyar a las regiones y países en la formulación y aplicación de políticas y programas y en la vigilancia de los adelantos logrados.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de documentos pertinentes (normas, módulos didácticos, instrumentos de información y directrices) producidos o actualizados	0	12	24
Proporción de regiones y de países destinatarios que han usado o adaptado esos instrumentos para formular o aplicar políticas o programas	0	No establecida	10%
Número de países que llevan a cabo una vigilancia sistemática de la salud de la mujer	0	24	25

Durante el bienio, se elaboraron diversas normas, módulos didácticos, instrumentos de información y materiales de orientación relacionados con problemas específicos de la salud de la mujer. Éstos incluyen material sobre la violencia sexual y de género, la mutilación genital femenina, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres en situaciones de crisis, las reformas del sector sanitario, la formación de los profesionales de la salud, los indicadores sanitarios y la integración de las cuestiones de género en las principales líneas de investigación sanitaria centradas en la salud mental, el cáncer de pulmón y la tuberculosis. Las regiones informaron de que los países utilizan muchos de los materiales anteriormente citados de forma activa y palpable, con el fin de fundamentar la elaboración de políticas y programas. Pocos o ningún país llevan a cabo una vigilancia sistemática de la salud de la mujer, si bien algunos facilitan información sobre indicadores básicos de salud desagregados por sexo.

La OMS habrá realizado exámenes basados en la evidencia y reunido nuevos datos sobre el impacto del género en la salud y sobre aspectos específicos de la salud de la mujer, y la información así generada se habrá difundido y aplicado en las actividades de sensibilización y en las políticas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de proyectos iniciados que aportan evidencia sobre la repercusión del género en diversos aspectos de la salud	0	5	14
Número de productos desarrollados y actividades emprendidas para difundir los resultados en las regiones y los países, así como entre los profesionales y el público en general	0	40	47

Una de las principales funciones del área de trabajo sobre la salud de la mujer, en particular en la Sede, fue generar datos científicos sobre el efecto de las cuestiones de género en diversos aspectos de la salud. La finalidad de tales pruebas científicas es convencer a distintos interlocutores de que la desigualdad entre los géneros repercute en el riesgo, el estado de salud, el comportamiento de cara a buscar atención sanitaria y el acceso a dicha atención. A ese respecto, el estudio multipaís sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica ha sido un importante logro, al igual que la elaboración de perfiles de género y sanitarios realizados en varios países. Otras iniciativas y actividades emprendidas son las siguientes: la preparación del folleto bienal de información estadística de la OPS;¹ la organización por la Oficina Regional para el Pacífico Occidental de un taller regional sobre cuestiones de género y derechos en relación con la salud reproductiva y materna; y la preparación en la Sede de una serie de informes sobre género e investigaciones sanitarias relacionadas con la tuberculosis, el cáncer de pulmón y la salud mental. Esa serie fue concebida para abordar los principales aspectos de la incorporación de una perspectiva de género en las investigaciones sanitarias.

¹ *Género, Salud y Desarrollo en las Américas: Indicadores Básicos 2005*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005.

Se habrán desarrollado instrumentos y directrices para facilitar la incorporación de consideraciones de género en las actividades técnicas de la OMS, y se habrán implantado procedimientos al efecto.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de instrumentos producidos, ensayados y ya utilizados para realizar análisis basados en el género y para incorporar consideraciones de género en las actividades técnicas	0	No establecida	4
Proporción de programas de alta prioridad de la OMS en los que se utilizan los instrumentos desarrollados	0	No establecida	Se desconoce la proporción

Se realizaron progresos en la creación de instrumentos de planificación y análisis de las consideraciones de género destinados al personal de la OMS y a sus homólogos nacionales. En la Región del Mediterráneo Oriental, el material de capacitación en gestión por resultados para apoyar la planificación operacional fue revisado con el fin de dar cabida al análisis y la planificación de los aspectos relativos al género y reflejar la expectativa de que ese material se comparta con otras regiones. La perspectiva de género también ha sido integrada en diversos documentos de otras áreas técnicas a nivel mundial y regional.

Se habrán emprendido nuevas iniciativas para incorporar una perspectiva de género en los programas técnicos, y se habrán documentado y difundido los resultados y análisis.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de programas técnicos, regiones y países que emprenden iniciativas para incorporar sistemáticamente una perspectiva de género en su labor	0	No establecida	38
Número de informes, folletos y demás material producidos a nivel nacional, regional y mundial en los que se documentan esas iniciativas	0	40	36
Número de talleres y otras reuniones de intercambio de conclusiones entre distintos públicos	0	15	19

Las consideraciones de género, en especial las relativas a la violencia y a la integración, están siendo incorporadas en la labor de otros programas técnicos y otras funciones transversales de la OMS y los gobiernos, tales como las estadísticas sanitarias. Los informes regionales indican que los centros de coordinación para cuestiones de género han respondido de forma proactiva, con el fin de facilitar la incorporación de una perspectiva de género en la labor de la Organización, mediante reuniones, talleres, publicaciones y actividades en los países.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El compromiso político de los Estados Miembros, demostrado mediante las medidas siguientes: el reconocimiento de la importancia de la igualdad entre los géneros y de la emancipación femenina para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud; el respaldo dado en la Reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2005 al Secretario General para que pida a los jefes de todos los organismos de las Naciones Unidas que contribuyan al desarrollo de una estrategia que integre la perspectiva de género en todo el sistema; la adopción por la Asamblea de la Salud de la resolución WHA58.30 relativa a acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, donde se pide a los Estados Miembros que velen por que las políticas de salud y desarrollo se sustenten en un análisis de género y propicien la igualdad entre los sexos y la potenciación de la capacidad de acción de las mujeres.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- La existencia en todas las regiones de alianzas y redes de contacto que comparten los mismos valores y objetivos, y permiten aglutinar a instancias gubernamentales, agentes de la sociedad civil, asociados en el desarrollo y otros organismos de las Naciones Unidas. Algunos ejemplos documentados de ello son la preparación de un plan de trabajo conjunto por seis órganos regionales de la Unión Africana; el establecimiento de alianzas estratégicas con importantes organizaciones regionales, organizaciones no gubernamentales, otros organismos de las Naciones Unidas y el sistema interamericano en la Región de las Américas; y la colaboración en la Sede con un amplio espectro de organismos de las Naciones Unidas y otras entidades.

Obstáculos

- Todavía no se ha alcanzado un nivel pleno de compromiso y apoyo con relación a la integración de las cuestiones de género en la labor de la OMS. Sigue sin haber responsabilidad compartida respecto del rendimiento de cuentas en los niveles más altos de la Organización. A menudo las cuestiones de género se consideran una disciplina o un programa vertical, en lugar de una estrategia para mejorar la eficacia, que debe integrarse en todas las áreas de la Organización.
- Hay falta de comunicación, y falta de conocimientos y competencia respecto del análisis y la planificación de las cuestiones de género entre el personal de la OMS. Además, los recursos humanos y financieros son insuficientes a todos los niveles.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Fomentar el compromiso de los programas técnicos no será posible sin un sistema de rendición de cuentas. A ese respecto la clave del éxito residirá en trasladar la responsabilidad de integrar la perspectiva de género a los altos directivos de las unidades de la OMS a todos los niveles. De lo que se trata, pues, es de crear mecanismos institucionales de rendición de cuentas respecto de la integración de la perspectiva de género.
- Es necesario esforzarse por movilizar fondos que permitan disponer de suficientes recursos humanos y financieros a todos los niveles de la Organización. Se procurará aumentar la capacidad del personal en las oficinas regionales, en particular en las oficinas regionales para Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		15 094	3 301	5 283	8 583
Porcentaje	países	23	26	5	13
	regiones	20	30	13	20
	mundo	57	44	82	67

VIH/SIDA

Objetivo(s) de la OMS

Prestar apoyo a la ejecución, integración e intensificación de las intervenciones esenciales del sector de salud contra el VIH/SIDA en los países y comunidades.

Indicadores y logros

Aumento del número de países destinatarios que demuestren tener competencia y capacidad en todo el sector sanitario para hacer frente al VIH/SIDA. El apoyo técnico prestado a más de 120 países se tradujo en un aumento considerable en el número de países que demostraron tener suficiente competencia y capacidad para hacer frente al VIH/SIDA en todo el sector sanitario.

Logros principales

- La estrategia «tres millones para 2005», lanzada conjuntamente por la OMS y el ONUSIDA en diciembre de 2003, fue elogiada en mayo de 2004 por la Asamblea de la Salud.¹ Los esfuerzos realizados a nivel mundial para expandir el acceso a tratamientos antirretrovirales capaces de salvar la vida aumentaron significativamente gracias a la iniciativa «tres millones para 2005», dando lugar a un incremento sustancial en el número de personas que recibe tratamiento en todas las regiones del mundo. De las cerca de 400 000 personas que en diciembre de 2003 recibían tratamiento antirretroviral en países de ingresos bajos y medios, se pasó a cerca de 1,3 millones de personas en diciembre de 2005.
- Como parte de las actividades emprendidas en todo el mundo para alcanzar la meta de «tres millones para 2005», la OMS facilitó apoyo técnico a más de 100 países para contribuir a intensificar la respuesta a nivel nacional; entre las medidas de apoyo figuran, la elaboración de planes destinados a extender las intervenciones nacionales, la capacitación de personal sanitario, la adopción de medidas para aumentar la disponibilidad y utilización de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH y la utilización de los mismos, el fortalecimiento de los sistemas de adquisición y suministro de medicamentos y pruebas diagnósticas, y la aplicación de directrices y regímenes de tratamiento simplificados de acuerdo con un enfoque de salud pública.
- La iniciativa «tres millones para 2005» ha requerido la movilización de una alianza mundial para extender el tratamiento contra el VIH e intensificar su prevención. A finales de 2005, más de 200 organismos asociados colaboraban con la OMS o contribuían al logro de la meta de «tres millones para 2005». Entre esas organizaciones figuran el Servicio de medicamentos y pruebas diagnósticas del SIDA, importante alianza integrada por 15 organizaciones cuyo fin es ayudar a los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales a desarrollar la capacidad local para gestionar la adquisición y el suministro de medicamentos esenciales, en particular antirretrovirales.
- Con el fin de garantizar que los medicamentos se ajustan a las normas internacionales de fabricación y seguridad, la OMS reforzó su proyecto de precalificación, y se ocupa de mantener y actualizar la lista de medicamentos esenciales. La OMS también es sede de la secretaría de la Red Mundial de Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH, red internacional de laboratorios que se encargará de vigilar la farmacorresistencia del VIH.
- La OMS ha desplegado su labor al menos en 29 países, con objeto de respaldar la adopción de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos a la hora de capacitar al personal sanitario y los agentes comunitarios. La estrategia ofrece cursos de formación breves y eficaces que permiten a los profesionales de la salud adquirir las técnicas y los conocimientos básicos para administrar tratamiento antirretroviral; además brinda apoyo para que se efectúe el necesario cambio de cometidos, no sólo con miras a expandir el tratamiento, sino también en lo que respecta a la atención a los enfermos crónicos en general.
- La iniciativa «tres millones para 2005» ha contribuido a que se acepte el hecho de que el tratamiento antirretroviral es viable y asequible en contextos donde los recursos son limitados, y ha permitido preparar el terreno para que éste siga expandiéndose hasta lograr el acceso universal antes de 2010. La generalización del tratamiento antirretroviral también ha puesto de relieve la necesidad de acelerar de forma simultánea los programas de prevención del VIH, en particular en el sector sanitario, así como de asegurar que las oportunidades que ofrece la ampliación de las intervenciones de lucha contra el VIH/SIDA contribuyen al fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto.

¹ Resolución WHA57.14.

Descripción de algunos logros

Durante el bienio, uno de los logros clave fue el fortalecimiento de la capacidad de las oficinas de la OMS en los países. Como parte de ello se contrató a 39 oficiales internacionales en los países para la iniciativa contra el VIH «tres millones para 2005»: 22 con sede en la Región de África, tres en la Región de las Américas, cuatro en la Región de Asia Sudoriental, tres en la Región de Europa, cuatro en la Región del Mediterráneo Oriental y tres en la Región del Pacífico Occidental. Además, el número de agentes nacionales y de otros profesionales se situó al menos en 80 personas. En 56 países se fortaleció la gestión de la adquisición y el suministro gracias a la celebración de talleres de planificación en colaboración con diversos asociados. Así por ejemplo la OPS consolidó el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. Este fondo facilitó la adquisición de antirretrovirales por valor de más de US\$ 5 millones y la elaboración de planes de adquisición en siete países.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá elaborado y proporcionado a los países orientación normativa para mejorar los servicios e intervenciones esenciales de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países destinatarios que emplean y/o adaptan los instrumentos de la OMS para el tratamiento del VIH y otras afecciones conexas, incluidas la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, así como para la adquisición, fabricación, reglamentación y utilización adecuada de los medicamentos y medios diagnósticos relacionados con el VIH	26	50	95

En la Región de África, 25 Estados Miembros adaptaron o aplicaron las directrices e instrumentos de la OMS para el tratamiento del VIH, y 16 aplicaron en su totalidad el programa de intervenciones esenciales de lucha contra el VIH/SIDA. La Oficina Regional para las Américas prestó apoyo a la elaboración y adaptación de un amplio espectro de directrices y conjuntos de instrumentos, tales como las directrices para los servicios del Caribe de asesoramiento y pruebas del VIH voluntarios, o las normas para facilitar la atención y el tratamiento del VIH según un enfoque de salud pública. Al menos cuatro Estados Miembros pusieron en marcha intervenciones para descentralizar el tratamiento antirretroviral siguiendo las directrices de la OMS. Siete Estados Miembros recibieron ayuda para formular planes de adquisición y mejorar sus servicios de suministro y distribución. En 14 Estados Miembros se terminó de evaluar la política farmacéutica, centrada en la regulación de los medicamentos genéricos, y en dos países se evaluaron los sistemas de suministro de antirretrovirales. Nueve Estados Miembros recibieron asistencia para examinar la normativa y los protocolos nacionales sobre el control de infecciones de transmisión sexual, y en la región terminaron de adaptarse las directrices de la OMS para las pruebas del VIH. Se sometió a prueba un nuevo tipo de centro de asesoramiento para jóvenes, que, actualmente, funciona en siete países. Cuatro países están recibiendo apoyo de la Oficina Regional para la elaboración de planes nacionales y/u operacionales destinados a extender los programas de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. En la Oficina Regional para Asia Sudoriental se elaboró y adaptó un amplio conjunto de módulos de formación para los países, en materias tales como asesoramiento y pruebas, reducción de daños, y diagnóstico en laboratorio del VIH y de infecciones oportunistas. En la Oficina Regional para Europa se crearon y actualizaron los protocolos de tratamiento y atención (incluido el tratamiento antirretroviral de usuarios de drogas inyectables) para los países de la Comunidad de Estados Independientes; esos protocolos fueron ampliados para poder aplicarlos en toda la Región de Europa. La oficina regional, en colaboración con los interlocutores nacionales, preparó documentos de estrategia donde se definen distintos métodos para reducir el precio de los antirretrovirales en los países de la Comunidad de Estados Independientes. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental adaptó distintos materiales del programa de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos para su utilización en el Sudán, así como las directrices para el tratamiento con antirretrovirales, para su uso en Djibouti. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental extendió el uso de las directrices de la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos a tres Estados Miembros, y las directrices modelo de la OMS para el tratamiento y la atención del VIH se ampliaron a seis países. La Sede prestó apoyo a las oficinas regionales mediante la elaboración de 55 directrices normativas y de instrumentos de difusión, así como de material integrado para el desarrollo de capacidad.

Se habrán formulado o implantado mecanismos nacionales y mundiales más integrales y fiables para la supervisión, vigilancia y evaluación del VIH.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países destinatarios que llevan a cabo estudios de vigilancia de poblaciones consideradas prioritarias, incluida la vigilancia del comportamiento y de las pautas de resistencia a los antirretrovirales	88	130	143
Número de análisis basados en la evidencia que respaldan las estrategias	132	220	246

En la Región de África, el número de Estados Miembros que aplica las directrices para la vigilancia del VIH de segunda generación de forma adecuada pasó de 2 a 20. La Oficina Regional para las Américas centró su labor en fortalecer la capacidad de vigilancia y evaluación de los países. Se celebraron talleres regionales y nacionales, y se prestó apoyo a la realización de visitas de vigilancia y evaluación al menos en cuatro Estados Miembros, en colaboración con otros asociados. También en colaboración con otros asociados, se formuló un plan de vigilancia para la región de Centroamérica, y cinco países prepararon planes nacionales de vigilancia. Mediante una red de epidemiología se proporcionó cooperación técnica horizontal en materia de monitoreo, evaluación y vigilancia. La OPS coordinó al menos siete intercambios entre países. La Oficina Regional para Europa llevó a cabo en toda la región actividades periódicas de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA en los 52 Estados Miembros; además se actualizaron las notas descriptivas epidemiológicas, así como las necesidades de antirretrovirales y las estimaciones de cobertura regionales y nacionales para a cada uno de los 52 Estados Miembros. En Croacia se creó un centro de conocimientos sobre vigilancia de segunda generación, que preparó varios programas regionales de capacitación. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental se centró en la formación regional sobre vigilancia del VIH/SIDA de segunda generación en todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental. La oficina regional también prestó asistencia técnica en materia de vigilancia del VIH/SIDA de segunda generación al Pakistán, la República Islámica del Irán y el Yemen, y, en colaboración con Family Health International, empezó a formar equipos nacionales en los Estados Miembros de la región. La Oficina Regional para Asia Sudoriental puso en funcionamiento sistemas de vigilancia de segunda generación, que incluyen la vigilancia integrada del VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual y la vigilancia del comportamiento en prácticamente todos los países. La oficina regional también emprendió planes para la realización de estudios sobre farmacorresistencia del VIH en los países a los que se están extendiendo los programas de acceso a antirretrovirales. En la Región del Pacífico Occidental se logró que una gran cantidad de Estados Miembros participaran en la realización de estudios sobre VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y comportamiento. El trabajo de la Sede se centró en la elaboración de un marco y un protocolo sobre la farmacorresistencia del VIH, así como en cuestiones relativas a la fijación mundial de precios de los medicamentos antirretrovirales, la evaluación de la gestión de la adquisición y el suministro en los países, y la elaboración de informes de seguimiento sobre la ampliación de los tratamientos en los países.

Se habrá alentado el establecimiento de planes mundiales dinámicos y pertinentes y de alianzas innovadoras para la realización de investigaciones, incluidos el desarrollo de vacunas y microbicidas y la realización de investigaciones operativas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de iniciativas de investigación reforzadas a través de los mecanismos de la OMS	7	17	24

La Oficina Regional para África activó una iniciativa de investigación a través del Programa africano para una vacuna contra el SIDA. La Oficina Regional para las Américas prestó apoyo a varios estudios de investigación multicéntricos sobre conductas sexuales entre grupos de alto riesgo en América Central y el Caribe. La Oficina Regional para Asia Sudoriental organizó una ronda de consultas informales acerca de las investigaciones operativas sobre la ampliación de la atención y el tratamiento contra el VIH/SIDA, que dio lugar a que la OMS financiara dos estudios en la región. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental contribuyó a 12 estudios de investigación. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental promovió un estudio sobre el virus del herpes humano tipo 2 y el VIH. El departamento del VIH/SIDA de la Sede, en colaboración con el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales inició una serie de estudios de investigación operativa en tres países de la Región de África.

Se habrán fortalecido las actividades de sensibilización y de planificación estratégica relacionadas con el VIH/SIDA, mediante el fomento y el desarrollo de alianzas multisectoriales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que incorporan las recomendaciones de la estrategia mundial del sector sanitario en sus planes nacionales	40	60	80
Número de colaboraciones y alianzas estratégicas apoyadas por la OMS	10	200	210

La Oficina Regional para África asistió a nueve países en la elaboración de planes nacionales de respuesta del sector sanitario frente al VIH/SIDA, y creó dos foros de asociados subregionales para África oriental y meridional, y África occidental y central. En noviembre de 2005, la Oficina Regional para las Américas puso en marcha un plan regional sobre VIH e infecciones de transmisión sexual para el periodo 2006-2015 dirigido al sector sanitario. Este plan comprende una estrategia para el sector sanitario destinada a lograr el acceso universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento. El Comité Consultivo Científico y Técnico celebró dos reuniones regionales con un amplio grupo de asociados, entre los que figuraban coordinadores de los programas nacionales contra el SIDA, asociados internacionales, representantes juveniles y de la sociedad civil, personas afectadas por el VIH y personal de la OPS y la OMS. Prácticamente los 24 países notificantes de América Latina y el Caribe formularon políticas nacionales de acceso a tratamiento antirretroviral y emprendieron actuaciones de ámbito nacional para mejorar los servicios en la región. En 2005, dos países (Guatemala y Guyana) prepararon planes estratégicos nacionales para el periodo 2006-2010 con ayuda de la iniciativa «tres millones para 2005». En la Región del Mediterráneo Oriental, 15 países elaboraron programas nacionales de lucha contra el SIDA con carácter prioritario, y todos los países de la región intensificaron las actividades de información pública y promoción de la salud en materia de VIH/SIDA a través de los medios informativos y otros canales de comunicación. La Oficina Regional para Europa reforzó, creó y mantuvo asociaciones activas con al menos cinco entidades, y se crearon y mantuvieron asociaciones técnicas y de apoyo financiero con organismos de ayuda y varios gobiernos europeos. Todos los países de la Región de Asia Sudoriental incorporaron las recomendaciones de la Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA en sus planes nacionales, y tres países recibieron apoyo técnico directo para elaborar planes nacionales. En la Región del Pacífico Occidental, cinco países incluyeron componentes de la estrategia mundial del sector sanitario en sus planes nacionales y establecieron asociaciones de ámbito nacional con diversos organismos de ayuda. La contribución de la Sede consistió en coordinar, desarrollar y mantener una estrategia mundial de sensibilización y comunicación sobre la iniciativa «tres millones para 2005», a fin de asegurar la presencia de la OMS en acontecimientos clave y conseguir recursos financieros para canalizarlos hacia el área de trabajo del VIH/SIDA, que en gran medida carece de financiación.

Se habrá prestado apoyo a los países para acumular a nivel nacional capacidad y conocimientos especializados que permitan mejorar las respuestas del sistema de salud al VIH/SIDA y a las infecciones de transmisión sexual, comprendidas la planificación, la asignación de recursos y la implantación y evaluación de servicios e intervenciones.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países destinatarios que crean capacidad sanitaria contra el VIH/SIDA, incluida la incorporación de recursos e instrumentos normativos de la OMS	30	60	73
Número de países que acceden al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria o a otros fondos de donantes con la asistencia técnica de la OMS	20	50	55

La iniciativa de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos fue introducida en 19 países africanos en colaboración con la Oficina Regional para África y el departamento de VIH/SIDA de la Sede. Durante el bienio, se prestó asistencia técnica a 15 países, con el fin de facilitar el acceso a las oportunidades de financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y su aprovechamiento en la Región de África. La Oficina Regional para las Américas prestó apoyo a numerosos países en materia de elaboración de proyectos y establecimiento de procedimientos para la solución de problemas en el marco del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, lo que incluyó la celebración de un taller dirigido a cinco países que recibieron nuevas subvenciones en 2005. Se concedió una gran importancia al desarrollo de los recursos humanos, y en 18 países se impartieron cursos de capacitación del personal sanitario. En América Latina y el Caribe

se emprendió el proceso de adaptación del programa de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos; en Haití se celebró un taller nacional para adaptar ese instrumento. Varios países también se beneficiaron de la ayuda de la OPS y la OMS para convertir los servicios existentes en puntos de acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH; y Belice, Honduras y Nicaragua emprendieron proyectos destinados a promover los vínculos entre los servicios de lucha contra el VIH y de violencia doméstica. Cerca de la mitad de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental cuentan ahora con un protocolo uniforme sobre tratamiento con antirretrovirales para las personas afectadas por el VIH/SIDA, y 19 de los 21 Estados Miembros de la región han puesto en marcha un sistema que garantiza al 100% la seguridad de la sangre y el control de las infecciones. La Oficina Regional para Europa centró su labor en la elaboración de planes nacionales para extender el tratamiento, el establecimiento de directrices sobre prevención, tratamiento y asistencia, la elaboración y ejecución de proyectos en el marco del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el desarrollo de la capacidad del sector sanitario en los países. Para ello la OMS intensificó la asistencia técnica directa que presta a los países de la región. Gracias a los instrumentos creados por la Oficina Regional para Asia Sudoriental los 11 Estados Miembros de la región pudieron desarrollar su capacidad sanitaria. Tales instrumentos abordan un amplio espectro de cuestiones, como por ejemplo el asesoramiento y las pruebas voluntarias, el tratamiento clínico, el tratamiento antirretroviral, la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos, la tuberculosis y el VIH, la enfermería, la partería, el apoyo de laboratorio y la vigilancia. Además se prestó asistencia técnica a tres países con relación a la solicitud de ayudas al Fondo Mundial. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental también asistió a los países en la presentación de solicitudes de subvenciones al Fondo Mundial, y en siete de ellos se aprobó la solicitud de fondos para los aspectos de sus propuestas relacionados con el VIH. La Sede centró sus esfuerzos en ofrecer asistencia técnica puntual a nivel regional y nacional cuando ésta fue solicitada, y en facilitar y acelerar la contratación de oficiales para la iniciativa «tres millones para 2005» en las oficinas de los países.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El fortalecimiento de la presencia de las oficinas de la OMS regionales y en los países, que permitió mejorar la asistencia técnica.
- La existencia de recursos suficientes para aumentar la asistencia técnica a nivel regional y nacional.
- La utilización de un gran número de formas de colaboración, así como la coordinación y la cooperación con una gran diversidad de partes interesadas.
- La existencia de un objetivo claro con relación a los resultados previstos de la OMS respecto del tratamiento y la atención del VIH/SIDA, según un enfoque de salud pública.
- El compromiso político y el esfuerzo de los países, que han permitido la creación de sinergias entre la OMS, las autoridades sanitarias nacionales y las partes interesadas nacionales.
- El carácter prioritario y el apoyo concedidos al VIH/SIDA al más alto nivel de la administración de la Secretaría.
- La adopción de un enfoque interprogramático y la armonización de los distintos niveles (nacional, subregional, regional y mundial).

Obstáculos

- La urgente necesidad de fortalecer los sistemas sanitarios y los recursos humanos en los países.
- La estigmatización y discriminación imperante a todos los niveles en los programas y servicios de salud y en la comunidad, que siguen siendo un enorme obstáculo para el acceso universal a los servicios de lucha contra el VIH.
- La falta de coordinación, en particular en los países, a la hora de compaginar el rápido crecimiento de los recursos financieros, especialmente en 2005, con la contratación de personal y la introducción paulatina y adecuada de la capacidad técnica de la OMS.
- Cuestiones relacionadas con la gestión de la adquisición y el suministro de medicamentos para el VIH.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La meta de «tres millones para 2005» ha tenido un importante efecto catalizador a nivel mundial y se reconoce que ha supuesto un paso fundamental a largo plazo en los esfuerzos realizados en todo el mundo para alcanzar las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Esta iniciativa ha demostrado que es posible proporcionar tratamiento, aun en contextos donde los recursos son más escasos, si bien es esencial contar con una planificación cabal y con infraestructuras bien dotadas. Quizá lo que es más importante es que la estrategia ilustra que el aumento de la ayuda financiera internacional, la mejora de la coordinación y comunicación internacionales, la existencia de indicadores y metas claras y de

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

métodos de seguimiento y evaluación sólidos, la mejora de las estructuras asociativas, una aplicación más adecuada de las enseñanzas extraídas y una mayor atención al fortalecimiento de los sistemas de salud son elementos fundamentales para conseguir el acceso universal antes de 2010. La iniciativa ha puesto de relieve la importancia de aprovechar las oportunidades existentes y de hacer uso de las infraestructuras sanitarias para proporcionar tratamiento antirretroviral y extender la prevención del VIH a contextos donde los recursos escasean, en especial en la esfera de la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva, la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y el manejo de las toxicomanías.

- En algunas regiones, habrá que mantener y reforzar las ventajas derivadas de la capacidad técnica de la OMS a nivel regional y de los países, con el fin de mantener el buen ritmo de los resultados conseguidos durante el periodo 2004-2005.
- La movilización de recursos para mantener y seguir fortaleciendo el programa de trabajo de la OMS sobre VIH/SIDA a medio y largo plazo sigue siendo un reto importante. En 2004-2005, la iniciativa «tres millones para 2005» se benefició considerablemente de una subvención que ascendió a Can\$ 100 millones, la mayor ayuda individual recibida por la OMS hasta la fecha. De los nuevos recursos financieros que convenientemente se reciban durante el bienio dependerá que pueda mantenerse el ritmo de resultados generado de cara a aumentar la capacidad de la OMS para responder con eficacia frente al VIH/SIDA mediante el tratamiento, la prevención y la atención durante el bienio 2006-2007.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		218 116	15 462	110 644	126 106
Porcentaje	países	65	34	42	41
	regiones	22	34	22	24
	mundo	13	32	36	35

DESARROLLO SOSTENIBLE

Objetivo(s) de la OMS

Garantizar que la salud ocupe un lugar primordial en la reducción de la pobreza a nivel internacional y nacional y en las políticas y prácticas de desarrollo (incluidos sus componentes económico, social, ambiental y comercial).

Indicadores y logros

- *Aumento de los recursos asignados a la salud, en términos absolutos y como proporción de la financiación de la asistencia para el desarrollo.* En 2005 se asumieron importantes compromisos para incrementar la financiación global para el desarrollo. Durante el bienio aumentó el porcentaje de la asistencia para el desarrollo destinado a la salud con respecto al volumen total de la ayuda; las tareas de asesoramiento, promoción y análisis de la Organización contribuyeron a ello en buena medida.
- *Aumento general de los recursos nacionales asignados a la salud en los países en desarrollo.* La elaboración de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) y los marcos de gastos a medio plazo, las alianzas mundiales en pro de la salud y la aplicación de las recomendaciones consignadas en el informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud constituyeron un gran apoyo a los esfuerzos de los países por incrementar la inversión en salud.

Logros principales

- El Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la salud ayudó a llegar a un consenso sobre la manera de superar los obstáculos que entorpecen la expansión de las intervenciones en los países teniendo en cuenta la cantidad y la calidad de la ayuda para la salud, los sistemas sanitarios y los recursos humanos, la función de las alianzas mundiales en pro de la salud y las circunstancias especiales de los Estados frágiles. El reto consiste ahora en traducir ese consenso en medidas concretas a nivel nacional.
- La OMS elaboró una política sobre enfoques sectoriales a nivel de todas las Naciones Unidas y encabezó el grupo de los organismos de las Naciones Unidas en el Segundo Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (París, 28 de febrero a 2 de marzo de 2005), en el cual se prestó especial atención a las alianzas mundiales en pro de la salud. Por otra parte, se siguió supervisando la manera en que la salud se tiene en cuenta en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza, y la nueva labor sobre la función de la salud, los derechos humanos y la reducción de la pobreza tuvo una buena acogida. Gran parte de esa labor se ha incorporado en los cursos de capacitación en línea.
- Las cuestiones sanitarias ocuparon un lugar destacado en los resultados de la Cumbre Mundial que celebró en 2005 la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.
- Se llevaron a cabo numerosas actividades en los países para promover los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las relaciones de la OMS con instituciones regionales como la Nueva Alianza para el Desarrollo de África también sirvieron para abogar por un lugar más destacado para la salud en las políticas y planes nacionales.

Descripción de algunos logros

El Comité Regional para África aprobó una resolución sobre el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud en la Región de África;¹ los participantes en la mesa redonda celebrada paralelamente a la reunión del Comité Regional también estudiaron la manera de abordar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales. Se creó un equipo con un componente de desarrollo sostenible para coordinar la planificación entre los tres niveles de la OMS. El objetivo era proporcionar apoyo a un grupo inicial de 13 países para lograr el acceso a la atención de salud y la cobertura sanitaria universales, por ser éste uno de los elementos principales de la estrategia de la OMS para 2006-2007 destinada a ayudar a los Estados Miembros de la región a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También se hicieron esfuerzos por coordinar las diferentes líneas de trabajo con que se persiguen los Objetivos, a fin de que la planificación del desarrollo sanitario sea coherente. Las esferas de interés fueron las siguientes: determinantes sociales de la salud; derechos humanos; pobreza y salud, y planificación del desarrollo sanitario mediante procesos como los enfoques sectoriales, los marcos de gastos a medio plazo, los DELP y la planificación en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En particular, la labor relacionada con los determinantes sociales de la salud que se está llevando a cabo en Kenya promete servir para demostrar a otros países cómo obtener resultados sanitarios de forma más eficaz abordando los determinantes de la salud en su raíz, y cómo se puede integrar ese enfoque en los marcos y los ciclos de planificación.

¹ Resolución AFR/RC55/R2.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

El personal de la OMS, a nivel nacional, regional y mundial, y los Estados Miembros, en particular los países menos adelantados, contarán con mejores medios para conformar los aspectos sanitarios de las estrategias nacionales de reducción de la pobreza, incluidos los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Evaluación independiente y aprobación del contenido relativo a la salud de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza	23 DELP examinados	Examinar otros 20 DELP	Se examinaron 15 DELP.
Aplicación de instrumentos, mecanismos y programas de capacitación y comunicación para aumentar la competencia de la OMS y de los asociados nacionales y de organismos de desarrollo	Escasa aplicación de instrumentos, mecanismos y programas	Aumento de la adopción y aplicación de instrumentos	Más de 150 funcionarios de la OMS y de organismos nacionales y de desarrollo concluyeron con éxito el curso del Banco Mundial y la OMS.

Durante el bienio siguió adelante el programa de trabajo de la OMS destinado a vigilar el lugar que ocupa la salud en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y se actualizó la base de datos de la Organización sobre la salud en esos DELP. En 2001-2002, la OMS contribuyó al examen global realizado por el FMI y el Banco Mundial de los DELP estudiando éstos desde la perspectiva de la salud. Las conclusiones clave de ese examen fueron que había que adoptar las siguientes medidas para mejorar el apoyo a los países interesados: reforzar la orientación a medio plazo de los DELP; estrechar la relación entre los DELP, los marcos de gastos a medio plazo y los presupuestos; ampliar y robustecer la participación; utilizar los DELP como marco de rendición de cuentas tanto para los países como los donantes, y adaptar el proceso de los DELP a las necesidades de los Estados afectados por conflictos y los Estados frágiles. Las oficinas regionales ayudaron a los Estados Miembros a revisar su estrategia de reducción de la pobreza, y a realizar una estimación de los recursos disponibles, con objeto de elaborar un marco de gastos a medio plazo para el sector de la salud, o bien a crear un equipo de tareas nacional sobre macroeconomía y salud y ultimar y publicar un informe nacional sobre la ampliación de las inversiones sanitarias para mejorar la salud.¹ Se estableció un mecanismo de coordinación de donantes y gobiernos para promover el compromiso político y financiero hacia la salud para el desarrollo socioeconómico. Además, se encomendó la preparación - actualmente en curso - de documentos clave que constituirán la base del material de formación. Se organizaron talleres y programas de capacitación para funcionarios de la OMS y los asociados nacionales, a fin de que los instrumentos disponibles se apliquen en mayor medida.

Se habrán ejecutado programas de creación de la capacidad en los Estados Miembros para proteger y promover la salud pública en el contexto de los acuerdos comerciales multilaterales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Análisis y preparación de respuestas estratégicas y normativas a las repercusiones en la salud pública del ingreso en la OMC y los acuerdos comerciales multilaterales de determinados países de cada región de la OMS	Celebración de un taller de expertos sobre el comercio en los servicios de salud y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios. Hay que hacer un seguimiento de los resultados del mismo.	Publicar los resultados del taller y difundirlos en las regiones de la OMS y los países y hacer un seguimiento de la situación de la labor en curso	Se celebró un taller interregional en el que las misiones en los países respaldaron la participación de las regiones. Debido a las restricciones financieras están pendientes de atender peticiones adicionales de misiones en los países.
Creación y actualización de bases de datos de la OMS en la web sobre la evidencia y los indicadores disponibles respecto a la relación entre la globalización y la salud	Existen un glosario y una base de datos	Conseguir que el glosario y la base de datos contengan información actualizada	El glosario y la base de datos contienen información actualizada gracias a su puesta al día periódica.

¹ *Scaling-up health investments for better health, economic growth and accelerated poverty reduction: final draft report of the Ghana Macroeconomics and Health Initiative.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

Durante el bienio se celebraron talleres de expertos sobre comercio, salud y mundialización y sus conclusiones se han publicado y presentado en diversos foros. En colaboración con el departamento encargado de las enfermedades transmisibles, se realizaron estudios sobre la evaluación rápida de las consecuencias económicas de los brotes epidémicos mundiales. Las oficinas regionales de Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental organizaron conjuntamente en octubre de 2004 en Nueva Delhi un taller interregional sobre la promoción de la coherencia normativa a nivel nacional y la creación de capacidad en la esfera del comercio y la salud destinado a los países en proceso de adhesión a la Organización Mundial del Comercio (OMC). Sesenta participantes de ministerios de salud y comercio de 19 países estudiaron la mejor manera de proteger y promover la salud mientras sus países celebraban las negociaciones de adhesión. Los países prepararon proyectos de planes de acción nacionales sobre comercio y salud para que los grupos de trabajo nacionales ya existentes o recién creados que se encargan de esos temas y que están integrados por representantes de importantes entidades gubernamentales y no gubernamentales interesadas los continuaran examinando y desarrollando. Un grupo de trabajo técnico de la OMS sobre mundialización, comercio y salud preparó un informe de la Secretaría acerca del comercio internacional y la salud, que el Consejo Ejecutivo examinó en su 116ª reunión.¹ En la Sede se celebraron dos cursos de formación sobre los acuerdos comerciales multilaterales y la salud pública y las políticas de salud en un mundo en proceso de mundialización. Por otra parte, en respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros, en 2004 se llevaron a cabo misiones sobre comercio y salud en Malasia y Viet Nam.

Se habrán compartido con los Estados Miembros de todas las regiones de la OMS, en colaboración con organismos asociados, incluidas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los conocimientos y las buenas prácticas en lo que hace a los beneficios sanitarios derivados de políticas y prácticas intersectoriales; las áreas de colaboración incluirán: empleo, educación, política macroeconómica, medio ambiente, transporte, nutrición, seguridad alimentaria y vivienda.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Aplicación de los instrumentos de evaluación de los efectos sobre la salud en determinados países	Pocas políticas sanitarias con planes de inversión en que se vinculen las estrategias con la financiación y las actividades de seguimiento y evaluación	Establecer mecanismos nacionales intersectoriales sobre salud y desarrollo para promover los planes de inversión sanitaria como aportación a la formulación de estrategias del sector	Unos 13 países establecieron mecanismos nacionales intersectoriales que han llevado a la realización de análisis sobre la salud y el desarrollo dirigidos por los países y en algunos casos a la formulación de planes de inversión con objetivos y costos concretos y con vínculos con otros procesos de desarrollo.
Número de funcionarios de la OMS, a nivel nacional, regional y mundial, que han recibido capacitación en la aplicación de procesos multisectoriales de análisis, planificación y adopción de decisiones en una o más áreas de colaboración	Número muy reducido de funcionarios capacitados a nivel nacional y regional	Lograr que cada oficina regional cuente al menos con un funcionario capacitado	La labor de fortalecimiento de la capacidad de las oficinas regionales se vio respaldada por una red de expertos. Se encontró como mínimo una red en cada región para prestar apoyo al coordinador de las cuestiones de macroeconomía y salud en las oficinas regionales.

Se pusieron en marcha actividades de promoción y de evaluación de la situación en unos 40 países. Se terminó de desarrollar un kit de instrumentos para la evaluación del impacto sanitario destinado a los gobiernos locales, el cual se difundió y comenzó a utilizar ampliamente. Se prepararon reseñas críticas de estudios de casos y los trabajos científicos publicados sobre la planificación urbana saludable, la actividad física y el diseño de las ciudades. También se hizo una reseña crítica de los perfiles sanitarios de las ciudades de Europa, y se concluyeron y presentaron estudios de casos sobre el envejecimiento sano y la evaluación del impacto sanitario. Se estableció un conjunto de indicadores, que se compartió con los países que aplican las recomendaciones de la Convención sobre Macroeconomía y Salud. Además, se prepararon informes regionales basados en los progresos hechos en los países en cuanto a la aplicación de las recomendaciones de la Comisión. Todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental se esforzaron por encontrar posibles asociados para llevar a cabo iniciativas comunitarias; entre los que tuvieron éxito figuran el Afganistán, la Arabia Saudita, Djibouti, Jordania, Marruecos, Omán, el Pakistán, la República Árabe Siria, la República Islámica del Irán, el Sudán y el Yemen. Los coordinadores de la OMS de las seis oficinas regionales y numerosos países están respaldando mecanismos nacionales de macroeconomía y salud y otros procesos intersectoriales.

¹ Documento EB116/4.

La OMS habrá establecido en todas sus regiones sus propios mecanismos de vigilancia y evaluación sistemáticas del proceso, repercusiones y resultados sanitarios de las estrategias de reducción de la pobreza, incluidos los progresos realizados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Se habrán aprovechado las nuevas oportunidades de financiación para la salud.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Influencia identificable de la OMS en la elaboración y aplicación de las estrategias de salud y de reducción de la pobreza de las instituciones asociadas	Influencia muy pequeña de la OMS	Aumento de la influencia de la OMS en las estrategias de las instituciones asociadas	El Banco Mundial y la Comisión Europea colaboraron en el Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la salud, y se llevaron a cabo actividades de seguimiento y de creación de alianzas en pro de los Objetivos.
Mejor calidad de las solicitudes de subvención presentadas al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria merced al apoyo técnico de la OMS a los países	Pocas de las solicitudes de subvención tenían calidad suficiente como para conseguir financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria	Prestar apoyo técnico al menos a 5 países	Se prestó apoyo técnico a 3 países.

En colaboración con el Banco Mundial, la OMS celebró una serie de reuniones del Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la salud; la tercera y última de esas reuniones tuvo lugar en París en noviembre 2005. Se convino en la necesidad de movilizar fondos sostenibles a largo plazo para el sector de la salud y en la importancia primordial de que la previsibilidad de la asistencia para el desarrollo destinado a la salud fuera mayor. En 2006 proseguirán los debates sobre los instrumentos más adecuados para aportar recursos más previsibles. Se logró que la Comisión Europea participara como asociada clave en las actividades de seguimiento y de desarrollo de alianzas en favor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en ocho países, con el fin de acelerar el logro de éstos. La 58ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre la aceleración de la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio.¹ En el Níger se hicieron esfuerzos para respaldar la iniciativa de adoptar un enfoque sectorial con respecto al desarrollo sanitario y de establecer un plan nacional de desarrollo sanitario basado en los Objetivos. En noviembre de 2004 se celebró en París el primer foro internacional de conocimientos sobre pobreza e inequidad sanitaria. Se han seleccionado varios estudios de casos sobre la manera en que los sistemas de salud afrontan la pobreza y en 2006 aparecerá una publicación al respecto. La OMS también ayudó a Etiopía, Kenya y Mozambique a solicitar financiación al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Se habrá elaborado la estrategia de salud y derechos humanos de la OMS y creado capacidad en todas sus regiones para prestar apoyo técnico a los Estados Miembros a fin de incorporar el aspecto de los derechos humanos en las estrategias nacionales de salud y de reducción de la pobreza.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Inclusión de los derechos humanos en las estrategias y planes de salud y de reducción de la pobreza en determinados países	Los países disponen de pocos instrumentos y capacidad	Reforzar la capacidad de la OMS y de los asociados nacionales para integrar los derechos humanos en las estrategias y planes de salud y de reducción de la pobreza	Se prestó asistencia técnica a los países preparando instrumentos que integran un enfoque basado en los derechos humanos en los DELP, colocando personal en 3 Estados Miembros y haciendo aportaciones técnicas a 17 estrategias de la OMS de cooperación en los países.

¹ Resolución WHA58.30.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Seguimiento del asesoramiento técnico de la OMS en materia de salud en las evaluaciones de los derechos humanos efectuadas en determinados países en todas las regiones de la OMS	Muy poca evidencia de la utilización del asesoramiento técnico de la OMS	Lograr que 6 países utilicen la asistencia técnica para la evaluación de los derechos humanos en relación con la salud	2 países utilizaron la asistencia técnica. Sólo se asignó a personal técnico a tiempo completo para respaldar el seguimiento de asesoramiento técnico en unos cuantos países.

Un equipo de tareas a nivel de toda la Organización encargado de establecer una estrategia de la OMS sobre salud y derechos humanos celebró siete reuniones en 2004-2005 y preparó un esbozo anotado de estrategia. Las oficinas regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental celebraron reuniones informativas sobre salud y derechos humanos para los Representantes de la OMS. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental organizó una consulta interpaíses acerca del proyecto de estrategia sobre salud y derechos humanos. La Oficina Regional para Europa publicó su marco revisado de políticas de salud para todos, en el que integró un enfoque basado en los derechos humanos. Sin embargo, el proceso a nivel de toda la Organización de formulación de una estrategia de la OMS sobre salud y derechos humanos no se ultimó y no está claro si se llevará adelante, ni cómo se haría, dada la falta de recursos y otras dificultades.

Con objeto de desarrollar la capacidad institucional en materia de salud y derechos humanos, se establecieron puntos focales, que ya están operativos, en todas las oficinas regionales. Además, las oficinas han creado grupos de trabajo comunes a distintos grupos orgánicos. Tres oficiales profesionales asociados han sido destinados a Mozambique, Uganda y Viet Nam para comenzar la labor sobre salud y derechos humanos en los países. Se han celebrado cinco sesiones de formación a nivel nacional y dos a nivel regional, y se han organizado varias en la Sede y con instituciones asociadas. Se hicieron aportaciones sobre la salud y los derechos humanos a 17 estrategias de cooperación en los países. También se prepararon instrumentos y módulos de formación sobre el tema, incluido un método de aprendizaje por Internet. Se difundió ampliamente un documento orientativo sobre la adopción de un enfoque de derechos humanos con respecto a la salud en el contexto de las estrategias de reducción de la pobreza, y se entablaron consultas para continuar mejorando su aplicación práctica. Se siguieron traduciendo y divulgando las publicaciones de la serie sobre salud y derechos humanos (por ejemplo, se lanzó el cómic sobre el estigma del VIH en cuatro países del África subsahariana y una de las publicaciones apareció en un décimo idioma).¹ Se preparó un plan de trabajo mundial con las oficinas regionales y de país para fortalecer la labor de la OMS relacionada con la salud y los derechos humanos de las poblaciones indígenas. Se mantuvo una colaboración eficaz con los órganos de las Naciones Unidas que se ocupan de los derechos humanos, en particular los creados en virtud de tratados de derechos humanos, y con el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, entre otras cosas, en relación con el derecho a indicadores de la salud y a información por parte de los órganos creados en virtud de tratados.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El hecho de que se reconozca en mayor medida la relación entre salud y pobreza y entre salud y crecimiento económico, que creó un clima propicio para el desarrollo sostenible y los entornos saludables.
- El creciente volumen de recursos mundiales y el interés y la atención hacia el desarrollo sanitario, que llevaron a los países a abordar la salud en el desarrollo sostenible (por ejemplo, a través del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el Plan de Urgencia para el Alivio del SIDA del Presidente de los Estados Unidos de América, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Comisión para África y los Objetivos de Desarrollo de Milenio).
- Una estrategia regional bien formulada y orientada a fortalecer el componente sanitario de las iniciativas comunitarias para garantizar el acceso de los pobres a los servicios básicos de salud.
- El compromiso político con respecto a la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible mostrado por los gobiernos de algunos países, que situó a la salud en el centro de las actividades de desarrollo, y la asignación de fondos adicionales para mejorar la situación socioeconómica de los pobres.
- El desarrollo de alianzas y la participación de posibles asociados para respaldar la expansión de los programas.
- El seguimiento continuo de la labor de las oficinas de los Representantes de la OMS y el contacto directo con ellas.

¹ 25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

- El reconocimiento de la importancia de que los países intercambien sus experiencias.
- La disponibilidad de metodologías ensayadas para llevar a cabo actividades relacionadas con los sistemas de salud en el marco de la lucha contra la pobreza.

Obstáculos

- La falta de colaboración intrasectorial entre los distintos programas relacionados con la salud.
- El insuficiente apoyo político prestado en los países a la institucionalización de iniciativas comunitarias, como parte de políticas y planes nacionales de salud y desarrollo.
- Los altos índices de pobreza en los países de bajos ingresos, agravados por emergencias complejas, situaciones de inseguridad y conflictos políticos en varios países.
- El nivel de fondos relativamente bajo asignado a las actividades de reducción de la pobreza en comparación con los actuales niveles de pobreza.
- La debilidad de los sistemas de atención sanitaria y la falta de información fiable sobre la pobreza y la salud en los países de bajos ingresos.
- La insuficiente asignación de fondos, que afecta a la planificación de los recursos humanos y, por ende, a la ejecución de las actividades previstas.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Los recursos adicionales asignados a la mejora de la salud de los pobres constituyen una inversión en el desarrollo. A este respecto, la función de los gobiernos es fundamental para la identificación con los programas. Por lo tanto, uno de los objetivos para el próximo bienio es colaborar eficazmente con los gobiernos en esta esfera. Para que los programas sean sostenibles y se puedan expandir es preciso que exista una estrecha colaboración con los representantes de los ministerios de finanzas, presupuesto y planificación y una participación activa de éstos. La estrategia de cooperación con los países es un elemento central de ese proceso de colaboración y se prevé que la participación activa en él será beneficiosa en el futuro.
- El papel rector de las oficinas de la OMS en los países, desempeñado en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y posibles asociados en la salud y el desarrollo es fundamental para que los países adquieran más rápida capacidad para reducir la pobreza y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La colaboración con instituciones de la Unión Europea y el Consejo de Europa dio resultados muy satisfactorios. Por ejemplo, la red de salud creada por la OMS y el Consejo de Europa tuvo una repercusión importante y la labor a este respecto proseguirá en el próximo bienio.
- Es importante contar con un marco global para facilitar la ejecución de intervenciones prioritarias, por ejemplo, para aplicar las recomendaciones de los comités regionales sobre la pobreza y la salud y llevar a cabo la labor relacionada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los vínculos entre las distintas iniciativas y programas relacionados con la salud y el desarrollo, como los DELP, los enfoques sectoriales y las estrategias de cooperación en los países, evitarán la duplicación de tareas y permitirán adoptar un enfoque sinérgico. En 2006-2007 habría que intensificar esos vínculos en colaboración con otros asociados mundiales.
- La información basada en datos científicos y la descripción de las experiencias positivas son muy útiles para obtener más apoyo de los formuladores de políticas y los administradores de alto nivel para ampliar los programas. Es importante contar con una red, como la de las «ciudades sanas», ya que muchas cuestiones relacionadas con la ejecución de políticas en las esferas de la salud, el medio ambiente y el desarrollo están pasando a ser una responsabilidad subnacional. En el bienio próximo se procurará mantener activas esas redes.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		28 840	15 144	15 864	31 008
Porcentaje	países	46	43	20	32
	regiones	22	26	32	29
	mundo	32	31	48	39

NUTRICIÓN

Objetivo(s) de la OMS

Proporcionar a los Estados Miembros y a la comunidad internacional asesoramiento técnico autorizado y apoyo en colaboración para que puedan detectar, prevenir, vigilar y reducir la malnutrición y los problemas de salud de origen dietético y promover una alimentación y nutrición sanas de manera más eficaz.

Indicadores y logros

- *Número, naturaleza y alcance de los instrumentos de asesoramiento técnico autorizado elaborados y difundidos para prevenir, tratar y vigilar la malnutrición y promover una alimentación y nutrición sanas.* Se elaboraron y difundieron cinco grupos de directrices técnicas para tratar y vigilar la malnutrición. Se elaboró y difundió material de formación sobre el manejo de la alimentación de los lactantes en situaciones de emergencia.
- *Número de Estados Miembros y organizaciones internacionales que han colaborado con la OMS en la lucha contra la malnutrición y en la promoción de una alimentación y nutrición sanas.* Ciento ochenta Estados Miembros y numerosas organizaciones internacionales colaboraron con la OMS en la formulación de estrategias y de programas de vigilancia para combatir la malnutrición y promover una alimentación y nutrición sanas.

Logros principales

- Durante el bienio se fortalecieron las actividades en materia de nutrición del lactante y del niño pequeño. Se elaboró por primera vez un conjunto de patrones de crecimiento infantil, que se puso a prueba sobre el terreno y estaba listo para poder difundirse entre los Estados Miembros a principios de 2006. Los nuevos patrones utilizados revelan que los niños de regiones geográficas diferentes siguen una pauta de crecimiento muy similar cuando sus necesidades sanitarias están cubiertas. Esto permite fijar un único patrón de crecimiento con independencia del contexto del niño.
- En lo que respecta a los micronutrientes, en las consultas de expertos celebradas se recomendó la elaboración de directrices sobre la prevención de la carencia de yodo en las mujeres embarazadas y los niños pequeños, y el control de la carencia de folato y vitamina B12. También se definieron indicadores para evaluar los niveles de cinc y hierro. En mayo de 2005, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre el sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo.¹
- En la actualidad, se reconoce que la obesidad infantil es un importante problema de salud pública. Las recomendaciones preparadas en una reunión de expertos sobre prevención de la obesidad propiciaron la elaboración de un patrón internacional de crecimiento para los niños en edad escolar y los adolescentes, así como la formulación de programas de intervención nutricional en las escuelas.
- El papel fundamental de la nutrición en la consecución de casi todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio quedó claramente establecido. La desnutrición tiene efectos en la mortalidad infantil, la salud materna y en enfermedades como el VIH/SIDA y el paludismo, y afecta la educación y el género.
- También se reconoció que la nutrición había sido un elemento fundamental de la estrategia global contra el VIH/SIDA y de la respuesta de la OMS frente a emergencias y crisis durante el bienio.
- El departamento ha sido reestructurado con el fin de abordar el problema de la desnutrición y la creciente doble carga derivada de los problemas nutricionales. Se subrayó la necesidad de establecer vínculos más estrechos entre distintos sectores programáticos para crear un programa nutricional integrado y global que permita combatir la malnutrición, la desnutrición y la sobrealimentación a lo largo de la vida. También se dio un tratamiento prioritario al fortalecimiento de la colaboración con las oficinas regionales y entre ellas.

¹ Resolución WHA58.24.

Descripción de algunos logros

En abril de 2005, se celebró en Durban (Sudáfrica) una reunión consultiva técnica sobre nutrición y VIH/SIDA. Expertos en VIH/SIDA y nutrición, representantes de los países africanos más afectados, organizaciones no gubernamentales interesadas y organizaciones internacionales acordaron que había suficientes datos científicos y experiencia de campo para que los países y la comunidad internacional pudieran incorporar estrategias nutricionales a los programas de tratamiento y atención del VIH/SIDA en todo el mundo. A petición de los Estados Miembros, se presentará una resolución sobre nutrición y VIH/SIDA a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud para que la examine.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán formulado estrategias adecuadas y se habrá prestado apoyo para reducir de forma sostenible la malnutrición en sus distintas formas; mejorar la alimentación de los lactantes y los niños pequeños; y promover una alimentación sana, en especial en colaboración con la FAO y por medio de la Comisión del Codex Alimentarius.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número y proporción de países y regiones destinatarios que han elaborado estrategias y programas destinados a reducir las principales formas de malnutrición y que están fomentando ingestas alimentarias adecuadas	0	20	44 países (220%)

La OMS y sus asociados, en particular el UNICEF, alentaron a que las recomendaciones mundiales sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y posteriormente una alimentación complementaria apropiada junto con la continuación de la lactancia natural, se tradujeran en medidas concretas de ámbito local en 10 Estados Miembros de África. La OMS también prestó apoyo técnico y financiero a los planes de acción de esos países. Se reactivó la iniciativa «hospitales amigos del niño». Además de difundir ampliamente una guía general sobre vigilancia y evaluación, también se revisó y actualizó el material de formación. Las reuniones regionales celebradas en España y Botswana para poner al día los criterios internacionales y los instrumentos de evaluación y formación conexos, brindaron la oportunidad de establecer redes de contacto y recibir retroinformación acerca de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y los retos que plantea el VIH. A lo largo de 2004 y 2005, se impartieron nueve cursos de formación regionales, nacionales e institucionales sobre cómo fortalecer la capacidad de los países para tratar la malnutrición grave, dirigidos a 44 Estados Miembros de las Regiones de África, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y las Américas. Gracias a ello ahora se cuenta con una red de 81 facilitadores capacitados encargados de realizar esa labor en los países. También se impartió formación a un total de 118 médicos.

Se habrá fortalecido la vigilancia de la nutrición a nivel mundial, regional y nacional mediante el desarrollo y puesta en funcionamiento por la OMS de bases de datos sobre nutrición y actividades conexas de vigilancia de la nutrición.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que disponen de datos de vigilancia representativos a nivel nacional sobre las principales formas de malnutrición, y alcance de la cobertura nacional y regional de los bancos de datos mundiales sobre nutrición	50 países	100 países	180 países disponen de datos antropométricos infantiles (95% de la población infantil menor de cinco años) 97 países utilizan índices de masa corporal (85% de la población adulta, sobrepeso/obesidad) 130 países disponen de datos sobre anemia 161 países disponen de datos sobre políticas de alimentación y nutrición 168 países disponen de datos sobre lactancia materna exclusiva y duración de la lactancia natural

A lo largo del bienio se mantuvieron y mejoraron las bases de datos. Una parte importante del trabajo se ha centrado en la compilación de una base de datos integrada sobre nutrición que permita generar perfiles nacionales de nutrición.

Se habrá prestado apoyo adecuado a determinados Estados Miembros para fortalecer y poner en práctica planes, políticas y programas nacionales sostenibles de nutrición.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número y proporción (regional y mundial) de países destinatarios que reciben apoyo técnico y han logrado fortalecer sus planes, políticas y programas nacionales de nutrición	40 países	30 países	34 países (113%)

Se impartieron cuatro cursos de formación para fortalecer la capacidad nacional a la hora de idear y poner en marcha planes y políticas eficaces intersectoriales en materia de alimentación y nutrición, destinados a combatir problemas de salud emergentes y reemergentes relacionados con la nutrición, en particular la doble carga cada vez mayor que se deriva de ellos. La OMS prestó apoyo a 26 países en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental para ayudarles a desarrollar medios de acción. Además, en la Región de Europa 44 Estados Miembros elaboraron y adoptaron planes de acción sobre nutrición. En la Región de África, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Ghana, Guinea, Namibia, Níger, Nigeria, la República Democrática del Congo, Sudáfrica y el Togo examinaron sus estrategias y programas nacionales de nutrición, tras la celebración de dos reuniones consultivas regionales. Siete Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental, Bangladesh, Bután, India, Indonesia, Myanmar, Nepal y Sri Lanka, y cinco de la Región del Pacífico Occidental, Fiji, Islas Cook, Samoa, Tuvalu y Vanuatu están revisando sus planes y políticas nacionales de nutrición. En enero de 2005, la OMS junto con todas las organizaciones asociadas interesadas, en particular la FAO y el UNICEF, examinaron los logros alcanzados gracias a las iniciativas de desarrollo de la capacidad y los retos a que éstas se enfrentan, con el fin de determinar la orientación del trabajo de cara al futuro. Se estima que la tercera parte de los países que recibieron formación han logrado fortalecer sus planes y estrategias de nutrición.

Se habrán producido, y distribuido a los países y la comunidad internacional, normas nutricionales, incluidas referencias, necesidades, directrices, manuales de capacitación y criterios para evaluar, prevenir, tratar y reducir las principales formas de malnutrición (desnutrición y sobrealimentación) a nivel mundial y para promover una nutrición sana.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número y naturaleza de las normas, directrices y manuales de capacitación sobre nutrición producidos y distribuidos a los países y la comunidad internacional	0	5	5 (100%)

Se realizaron cinco publicaciones sobre los temas siguientes: malnutrición grave,¹ necesidades de vitaminas y minerales en la nutrición humana,² alimentación de lactantes en situaciones de emergencia,³ principios rectores para la alimentación de lactantes y niños pequeños en situaciones de emergencia⁴ y alimentación de niños no amamantados.⁵

¹ *Severe malnutrition: report of a consultation to review current literature, 6-7 September 2004.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² *Vitamin and mineral requirements in human nutrition.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

³ *Infant feeding in emergencies: Module 1 – for emergency relief staff.* OMS, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN et al, 2001; y *Module 2 – for health and nutrition workers in emergency situations.* ENN, IBFAN, Terre des hommes, UNICEF, ACNUR, OMS y PMA, 2004.

⁴ *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

⁵ *Feeding the non-breast child 6-24 months of age: Geneva, 8-10 March 2004: meeting report.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Se habrá prestado apoyo técnico a los países para atender las necesidades de los grupos nutricionalmente vulnerables que padecen inseguridad alimentaria, en particular mediante la colaboración con el Programa Mundial de Alimentos y con los proyectos de desarrollo y de emergencia con ayuda alimentaria de otros organismos internacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Idoneidad de la respuesta de la OMS a las solicitudes de apoyo técnico - provenientes del Programa Mundial de Alimentos, y de otras organizaciones internacionales y de países de alta prioridad - para las actividades de emergencia nutricional y de desarrollo con ayuda alimentaria	Capacidad limitada para responder a las solicitudes de apoyo técnico	Mejorar la respuesta de la OMS frente a emergencias de gran envergadura	Se alcanzó un acuerdo con los asociados del Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas respecto de las funciones y responsabilidades de la OMS.

A lo largo de 2004-2005, la OMS estuvo presente en todas las situaciones graves de emergencia, en particular en los terremotos y maremotos del Océano Índico, las inundaciones de Djibouti y la hambruna del Níger, mediante su participación en misiones de evaluación centradas en la nutrición y la acción sanitaria en las crisis. La OMS también participó en la elaboración de un plan de trabajo para el grupo sobre nutrición del Comité Permanente entre Organismos, en que se definieron las distintas funciones y responsabilidades de cada una de las organizaciones de las Naciones Unidas a la hora de responder frente a emergencias. El área de nutrición en situaciones de emergencia fue reestructurada, y prácticamente ya se ha terminado de contratar a todo el personal nuevo.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Creación de redes de cooperación con las oficinas regionales a fin de consolidar el área de trabajo sobre nutrición, robustecida mediante sesiones conjuntas de planificación.
- Establecimiento de un enfoque más centrado y de vínculos internos más adecuados entre las áreas programáticas, como resultado del proceso de reestructuración.

Obstáculos

- Pese a los buenos resultados de las campañas de obtención de fondos en su conjunto, la asignación a fines específicos de una cantidad considerable de los fondos recaudados por el departamento dio lugar a una reducción de los recursos disponibles para otras actividades.
- Falta de capacidad operativa en algunas oficinas regionales, como por ejemplo la Oficina Regional para África, dada la magnitud de los problemas a que se enfrentan.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La planificación conjunta continuará en 2006-2007 a fin de seguir reforzando la red de cooperación con las oficinas regionales.
- La estructura presupuestaria entorpece el logro de los resultados previstos en toda la Organización. En 2006-2007 habrá que obtener una mayor cantidad de fondos no especificados que puedan destinarse a áreas clave infrafinanciadas. No se emprenderán iniciativas que no cuenten con una financiación capaz de mantenerse a largo plazo.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		20 526	8 134	9 272	17 407
Porcentaje	países	27	23	7	14
	regiones	24	39	21	29
	mundo	49	38	72	57

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Objetivo(s) de la OMS

Facilitar la incorporación de aspectos sanitarios efectivos en las políticas regionales y mundiales que inciden en la salud y el medio ambiente, así como en las políticas y los planes de acción nacionales para el medio ambiente y la salud, incluidos los marcos jurídicos y normativos que rigen la ordenación del medio humano.

Indicadores y logros

- *Mayor incorporación de aspectos de la salud ambiental en las declaraciones de política y los programas de desarrollo nacionales e internacionales.* A nivel mundial, regional y nacional, los esfuerzos encaminados a fomentar la incorporación de aspectos de salud ambiental en declaraciones de política y programas de desarrollo dieron buen resultado. Cabe citar aquí como ejemplos, los periodos de sesiones 12° y 13° de la Comisión sobre el Desarrollo Sostenible; la IV Cumbre de las Américas; la Cuarta Conferencia Ministerial sobre Medio Ambiente y Salud (Budapest, 23-25 de junio de 2004); la entrada en vigor del Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes y del Convenio de Rotterdam para la Aplicación del Procedimiento de Consentimiento Fundamentado Previo a Ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos Objeto de Comercio Internacional, en 2004; la entrada en vigor del Protocolo sobre el Agua y la Salud, en 2005; y la Reunión de Alto Nivel de la ASEAN y los Países de Asia Oriental sobre Salud y Medio Ambiente, en diciembre de 2005.
- *Mayor uso de las indicaciones normativas de la OMS por parte de sectores distintos de la salud con responsabilidad en la ordenación ambiental y el desarrollo socioeconómico.* Se fomentó el uso de las indicaciones normativas de la OMS por parte de actores tanto sanitarios como no sanitarios, sobre todo en los sectores con responsabilidad en la ordenación ambiental y el desarrollo socioeconómico. El seguimiento de la aplicación de las indicaciones normativas de la OMS por parte de los Estados Miembros, iniciado ya en una selección de áreas, muestra elevados niveles de uso y una rápida aplicación.

Logros principales

- Se registró, en todos los niveles de la Organización, un cambio de énfasis hacia la actuación a nivel de país. En la Región de África, por ejemplo, se efectuó un análisis de las actividades relacionadas con la salud ocupacional, cuyos resultados fueron adoptados por el Comité Regional; todo ello propició una mayor cooperación con la OIT y también entre los países asociados. El apoyo prestado por la Sede para la creación de lazos de asociación y el desarrollo de instrumentos contribuyó a hacer realidad esta iniciativa y otras similares en otras regiones.
- Se hizo mayor hincapié en asegurar la eficacia de las iniciativas de divulgación, y más específicamente en aumentar el uso de los medios electrónicos. En la Región de las Américas, la Red de Seguridad y Salud en el Trabajo pasó a aglutinar a un 80% de los expertos en seguridad y salud ocupacional de las instituciones y países destinatarios y a contar con más de 1600 suscriptores de 38 países. Los sitios web relacionados con el Departamento de Protección del Medio Humano figuran entre los más visitados de la Sede, y la distribución gratuita del CD-ROM de la OMS sobre esta cuestión probablemente supere los 100 000 ejemplares anuales.
- La aplicación de enfoques centrados en entornos específicos permite obtener resultados en relación con riesgos múltiples; durante el bienio se prestó especial atención a los niños y a los contextos de atención sanitaria, con una actuación notable en todas las regiones y también en la Sede.
- Como se señalaba más arriba, las cuestiones de salud pública y medio ambiente fueron cobrando mayor protagonismo en los procesos interministeriales e intergubernamentales.
- El bienio estuvo marcado por una serie de desastres que pusieron a prueba los sistemas y recursos disponibles más allá de lo normal. En particular, la respuesta a los terremotos y maremotos registrados en el Océano Índico, coordinada por la Oficina Regional para Asia Sudoriental, conllevó la movilización de recursos de la Sede y de varias regiones. Entre las principales esferas de intervención destacan el restablecimiento de los servicios básicos, en especial los de abastecimiento de agua y saneamiento, con el fin de prevenir brotes epidémicos, y la facilitación de apoyo para iniciativas de reconstrucción. Otra de las consecuencias fue que se empezó a prestar una mayor atención general a la preparación y respuesta frente a emergencias.
- La tercera edición de las *Guías para la calidad del agua potable*¹ ocupa el segundo lugar entre las publicaciones de la OMS con más descargas. Una de las principales esferas de actividad a nivel regional, basada en este documento, fue la labor de difusión y creación de capacidad emprendida con miras a ayudar a los Estados Miembros a atajar los peligros relacionados con el agua.

¹ *Guías para la calidad del agua potable*. Vol.1: 3ª ed. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3/es/index.html.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá prestado apoyo al sector de la salud para dotar a determinadas instituciones de los países de alta prioridad de los medios necesarios para el manejo de la información ambiental y sanitaria y la ejecución de los planes de acción.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de instituciones de los países destinatarios de cada región que reciben apoyo para intercambiar información nacional o local y para poner en práctica planes de acción de salud y medio ambiente	No establecido	No establecida	Se prestó apoyo a las instituciones destinatarias en aproximadamente un 75% de los Estados Miembros de la OMS.

Este resultado previsto se estableció con el fin de centrar la actividad en los beneficios resultantes del aumento del apoyo facilitado a las instituciones destinatarias. Aunque se ofreció apoyo a las instituciones destinatarias en aproximadamente un 75% de los Estados Miembros, en muchos casos se respaldó a varias instituciones diferentes, centradas en aspectos distintos del medio ambiente y la salud, por lo que este porcentaje supone una subestimación de la actividad general. El bienio se caracterizó por un cambio de orientación importante hacia los países, lo que quedó reflejado en el apoyo prestado a las instituciones destinatarias en la mayoría de los países y en todas las regiones. En la Región del Pacífico Occidental, por ejemplo, las actividades incluyeron la colaboración con cinco países para ayudar a éstos a fortalecer sus capacidades en materia de medio ambiente y salud, y la organización de foros nacionales sobre esta cuestión; nueve países recibieron ayuda para identificar los problemas ambientales y sanitarios más acuciantes y comunes y para reforzar la colaboración efectiva entre los sectores de la salud y del medio ambiente; se celebró además un taller interpaíses sobre la calidad del agua potable en las comunidades insulares del Pacífico, que proporcionó nueva información y dio lugar a la formulación de un marco de acción aplicable en todos los países insulares del Pacífico.

Se habrá prestado apoyo tecnológico y logístico adecuado para la prevención, preparación y respuesta ante incidentes químicos e intoxicaciones, irradiaciones accidentales y otras emergencias tecnológicas o ambientales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Respuesta eficiente de las oficinas de la OMS a las solicitudes de orientación y cooperación técnica sobre la preparación y respuesta frente a emergencias ambientales naturales o provocadas por el hombre	Aumento del número de investigaciones relacionadas con el medio ambiente e incremento del número de eventos y de personas afectadas; escasa coordinación interna de las actividades conexas	Reforzar la coordinación y mejorar la rapidez e idoneidad de las respuestas	La cooperación entre las oficinas regionales, dentro de la Sede y entre ésta y aquellas aumentó notablemente en lo que respecta a los esfuerzos de prevención, preparación, respuesta y reconstrucción.

Durante el bienio la cooperación entre las oficinas regionales, dentro de la Sede y entre ésta y aquellas se amplió notablemente. Los esfuerzos se orientaron hacia la prevención, la preparación y respuesta ante emergencias y la reconstrucción. Al mismo tiempo, se aumentó el material de recursos para el apoyo de intervenciones, que además fue sometido a rigurosas evaluaciones sobre el terreno. Se están elaborando y ensayando procedimientos que mejoren aún más la respuesta y hagan mayor énfasis en la preparación. Durante el bienio, acaecieron dos emergencias ambientales importantes (los terremotos y maremotos del Océano Índico y el terremoto que sacudió el Asia meridional). En ambos casos, se movilizaron recursos nacionales, multirregionales y de la Sede. La experiencia de estos y otros desastres muestra que se logró asegurar una respuesta más rápida, gracias, en parte, al aumento de los recursos de apoyo conexos (creación de redes, instrumentos y orientación). Sólo en la Región del Mediterráneo Oriental se prestó apoyo a ocho Estados Miembros para reforzar la preparación nacional; se consolidó asimismo la capacidad específica de respuesta dentro de la OMS; se pusieron en marcha tres operaciones en respuesta a situaciones de emergencia química y se atendieron 285 solicitudes de orientación técnica.

Se habrán puesto en práctica iniciativas de participación comunitaria y de otra índole para atender las preocupaciones de los grupos de población vulnerables - especialmente niños, trabajadores y pobres de zonas urbanas - en materia de salud ambiental.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Respuesta eficiente de las oficinas de la OMS a las necesidades de grupos destinatarios de alta prioridad, con inclusión de actividades de comunicación y educación	Carácter limitado y ad hoc de las actividades relacionadas con la salud y el medio ambiente centradas en los grupos vulnerables	Mejorar la identificación de grupos prioritarios y la respuesta ofrecida a los mismos a nivel de toda la Organización, así como la labor de ejecución en general	En todos los niveles de la Organización se constató un aumento considerable de las actividades, con énfasis especial en los niños y la atención sanitaria. El nivel de eficacia mejoró gracias al fomento sistemático de la creación de redes de asociación en el marco de diversas iniciativas y a un mayor uso de los medios electrónicos.

La focalización de las actuaciones en los grupos altamente prioritarios se identificó como un medio valioso para mejorar notablemente el impacto general de las acciones en el conjunto de la Organización. Hubo un aumento considerable de la actividad a nivel de toda la Organización, que se plasmó en el incremento del número de asociaciones y redes, y del nivel de participación en las mismas, y del número de instrumentos y acciones de promoción conexos. Se desplegaron esfuerzos especiales en relación con los niños y la atención sanitaria (seguridad del entorno físico y disponibilidad de suficientes trabajadores sanitarios). En la Región de Europa se aseguró una focalización en grupos altamente prioritarios, en parte, a través de una red regional de «formación de formadores», dentro de la cual los dispensadores de atención sanitaria de 18 países constituyen el principal grupo destinatario y que tiene por finalidad aumentar la concienciación sobre el medio ambiente y la salud de los niños. Entre los demás grupos de población vulnerables destinatarios cabe citar los trabajadores y pobres de zonas rurales y urbanas y los asentamientos sin acceso a combustibles poco contaminantes, agua potable o servicios de saneamiento.

Se habrán realizado evaluaciones científicas de las repercusiones sanitarias de los cambios socioeconómicos y tecnológicos, así como de los cambios mundiales en el clima, la diversidad biológica, los recursos hídricos y los hábitat de los vectores de enfermedades y otros ecosistemas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de una metodología de evaluación integral; grado de consideración de los problemas mundiales de salud y medio ambiente, y de cuantificación de la carga de morbilidad ambiental conexas	Se habían realizado o actualizado 39 evaluaciones en los 36 meses precedentes.	47	Se realizaron o actualizaron 58 evaluaciones e instrumentos metodológicos de evaluación en los 36 meses precedentes.

La labor de evaluación del impacto sanitario es la base sobre la que descansan buena parte de las orientaciones de política y decisiones adoptadas en materia sanitaria y ambiental. La formulación de este indicador hace referencia a la disponibilidad de una metodología adecuada y a la realización de evaluaciones específicas por parte de la Sede y de las oficinas regionales. Sin embargo, no refleja los esfuerzos desplegados, sobre todo a nivel regional y de países, para apoyar el fortalecimiento de las capacidades nacionales. Las oficinas regionales para Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental emprendieron actividades importantes en varios países, y se llevó a cabo una labor de extensión adicional en todas las regiones.

Se habrán evaluado los riesgos para la salud de origen ocupacional y ambiental y se habrá difundido esa información por conducto de asociaciones, alianzas y redes de centros de excelencia nacionales e internacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Aumento del número de órganos intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales e instituciones científicas que colaboran con la OMS en cuestiones de salud y medio ambiente	14 redes interinstitucionales importantes, y nuevas iniciativas multipaíses	18 redes interinstitucionales importantes, y nuevas iniciativas multipaíses	27 redes interinstitucionales importantes, y nuevas iniciativas multipaíses

La creación de lazos de asociación para asegurar un mayor impacto quedó plasmada en las recomendaciones de política formuladas en diversos foros intergubernamentales durante el periodo objeto de estudio y se reflejó en las actividades realizadas en relación con este resultado previsto, sobre todo a nivel regional. La labor relativa a la creación de alianzas se centró en las redes susceptibles de ofrecer un valor añadido considerable. En la Región de las Américas, la alianza estratégica hemisférica de cuatro sectores (salud, trabajo, medio ambiente y educación) impulsó la aplicación del mandato de la IV Cumbre de las Américas en lo referente a la salud y seguridad ocupacional. Durante el bienio se crearon también otras fórmulas de asociación importantes centradas en el medio ambiente y la salud del niño, el lugar de trabajo, el agua potable, el cambio climático, las vinculaciones entre salud y medio ambiente y la contaminación del aire en locales cerrados.

Se habrán elaborado directrices normativas basadas en la evidencia en temas clave de la salud ambiental (calidad del aire y del agua, peligros en el lugar de trabajo, protección contra radiaciones) a fin de formular políticas y fijar normas nacionales e internacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de instrumentos jurídicos y reguladores, nacionales e internacionales, en los que se siguen los criterios y directrices de salud ambiental de la OMS	13 directrices actualizadas	16 directrices actualizadas, con pruebas que confirman un uso importante en los instrumentos reguladores nacionales e internacionales	19 directrices actualizadas; los datos cuantitativos disponibles indican una amplia aplicación de las mismas.

La meta de contar con 16 directrices normativas actualizadas se excedió ligeramente, y se lograron avances importantes en lo referente a las directrices químicas, radiológicas y relacionadas con el agua. La actividad regional se centró durante el bienio principalmente en la preparación de la tercera edición de las *Guías para la calidad del agua potable*, publicadas en fecha reciente; se ofreció en ese contexto un apoyo considerable para atender las solicitudes de asistencia presentadas por los países en la mayoría de las regiones, en particular, en las de Asia Sudoriental, Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental.

Se habrán producido instrumentos y directrices de buenas prácticas para desarrollar intervenciones costoeficaces de reducción de los riesgos sanitarios derivados de la exposición a agentes ambientales nocivos, peligros en el lugar de trabajo, novedades tecnológicas y cambios climáticos mundiales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Acceso de las autoridades sanitarias nacionales y locales y de los organismos dedicados al medio ambiente a las directrices de la OMS, en formato electrónico e impreso, para la planificación y puesta en práctica de la protección de la salud y el medio ambiente	8 instrumentos y evaluaciones actualizados	16 instrumentos y evaluaciones actualizados, con evidencia de acceso	24 instrumentos y evaluaciones actualizados; el examen de los datos sobre el acceso, a través de medios convencionales y electrónicos, confirma que éste es amplio y va en aumento.

El número de instrumentos y directrices actualizados para desarrollar intervenciones costoeficaces aumentó más allá de la meta fijada al respecto. Esto se debió en buena parte a una aceleración de las actuaciones en esferas de alta demanda entre los Estados Miembros, como la estimación de los costos y repercusiones de las intervenciones y la estimación de la carga de morbilidad. Tanto en la Sede como a nivel regional, se puso gran empeño en traducir esas herramientas y aumentar su difusión a través de medios convencionales y electrónicos. Las 16 nuevas directrices elaboradas durante el bienio se centraron específicamente en la estimación de la carga de morbilidad general y los análisis de costo-eficacia/costo-beneficio; la salud ocupacional; la prevención de intoxicaciones; orientación sobre peligros concretos (por ejemplo, la exposición al ruido, el radón, el fluoruro o las radiaciones ultravioletas) y evaluaciones de intervenciones (por ejemplo, el impacto de la gestión del agua doméstica).

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El papel de los mandatos de política oficiales derivó de diversos actos, convenciones y protocolos intergubernamentales e interministeriales.
- Se optó por aprovechar al máximo los medios electrónicos para aumentar la divulgación de la información general.

- Un elemento decisivo fue la credibilidad de la que goza la OMS entre los médicos y los Estados Miembros en lo que respecta a los componentes de esta área de trabajo, debido a su larga reputación en esta esfera y a que aporta regularmente pruebas científicas sobre cuestiones de interés práctico.
- La cooperación interinstitucional mejoró en algunos ámbitos (por ejemplo, en la esfera del agua - a través del Grupo del Agua - o en materia de respuesta frente a emergencias).
- Otro factor de éxito fue la acción cooperativa con los asociados.

Obstáculos

- Hubo limitaciones de recursos financieros.
- En algunos Estados Miembros, el papel desempeñado por las instituciones sanitarias en relación con la salud y el medio ambiente fue muy limitado.
- La cooperación interinstitucional fue insuficiente en algunas esferas.
- La escasez de recursos humanos para la salud y el medio ambiente en todos los niveles se vio agravada por las demandas extraordinarias de personal (por ejemplo, para la respuesta frente a los maremotos).

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Al reforzarse la focalización en los países, se hace cada vez más patente lo importante que es asegurar una acción coordinada en todos los niveles de la Organización (oficinas de país, oficinas regionales y Sede). Uno de los ejemplos incluyó la prestación de apoyo por parte del AusAID a las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, a una selección de países y a la Sede. Es conveniente explorar más detenidamente este tipo de oportunidades, con miras a incrementar la disponibilidad general de recursos, fortalecer la capacidad para emprender acciones coordinadas e intensificar las actuaciones en las esferas prioritarias.
- La experiencia demuestra que es fundamental asegurar una actuación eficaz en todos los niveles de la Organización, sobre todo en las oficinas de país, para lograr un impacto global que repercuta en el sistema en su conjunto. Se adoptarán medidas para formular una estrategia mundial coordinada en materia de salud pública y medio ambiente y para asegurar una capacidad de adaptación sostenida a los procesos de planificación de los países.
- La importancia de velar por que los recursos estén disponibles en varios idiomas es cada vez más evidente y se refleja en una intensa actividad traductora, tanto en las oficinas regionales como en la Sede. Está previsto asegurar a este respecto un proceder más sistemático, entre otras cosas por medio del uso de herramientas electrónicas.
- Ha quedado patente lo beneficiosas que la acción multisectorial y las iniciativas de colaboración resultan para el impacto sanitario global. En el bienio 2006-2007, se hará aún mayor hincapié en este aspecto, creando alianzas y emprendiendo acciones basadas en la colaboración, así como recurriendo a instrumentos de apoyo, por ejemplo para evaluar los costos y los impactos de las intervenciones.
- Si se quieren aprovechar debidamente los beneficios que la acción multisectorial puede aportar para la salud, habrá que ampliar las contribuciones del sector sanitario a los procesos intersectoriales, tanto en el plano internacional como en los Estados Miembros que cuenten con disposiciones institucionales capaces de respaldar aún más este proceso. En ese sentido, habrá que asegurar la disponibilidad de instrumentos que faciliten la coordinación y colaboración con los sectores responsables de los determinantes ambientales de la salud. Por tanto, se desplegarán esfuerzos encaminados a «reposicionar» la salud y el medio ambiente en apoyo de las acciones en pro de la salud emprendidas por sectores distintos del sanitario.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		86 946	35 133	42 492	77 625
Porcentaje	países	35	37	5	20
	regiones	32	34	37	35
	mundo	33	29	58	45

INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

Objetivo(s) de la OMS

Crear un entorno propicio para que el sector de la salud, en cooperación con otros sectores y asociados, pueda evaluar, comunicar y manejar con eficacia y prontitud los riesgos de origen alimentario.

Indicadores y logros

Número de países que presenten o suministren datos sobre las enfermedades de transmisión alimentaria y los peligros alimentarios para emprender y evaluar estrategias de intervención basadas en los riesgos. Noventa y cuatro países proporcionaron datos sobre la vigilancia de enfermedades de transmisión alimentaria.

Logros principales

- El Fondo Fiduciario del Codex apoyó la participación de 393 expertos de 104 países en desarrollo en 30 reuniones del Codex y un curso de capacitación conexo.
- Se ejecutaron en dos o tres países de cada región de la OMS proyectos piloto en relación con un proyecto de manual de formación basado en las «cinco claves para la inocuidad de los alimentos». El cartel original se tradujo a más de 40 idiomas.
- En 2004 se inauguró la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos y su mecanismo de emergencia, con el fin de facilitar a las instancias reguladoras información actualizada sobre la inocuidad de los alimentos y la gestión de riesgos. Al mes de diciembre de 2005, se habían adherido a la Red 145 países.
- Se prepararon directrices sobre la reducción del riesgo de gripe aviar en mercados de productos frescos o de animales vivos y el establecimiento de mercados de alimentos sanos en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. En julio de 2005 se celebró en Kuala Lumpur una reunión consultiva conjunta FAO/OIE/OMS sobre gripe aviar y salud humana centrada en la aplicación de medidas de reducción del riesgo en las actividades productoras y de comercialización y en la convivencia con animales, y se elaboró el correspondiente documento de promoción. Se preparó para los Estados Miembros orientación sobre la mejora de la bioseguridad en la cadena de abastecimiento de alimentos que se publicó en el sitio web de la OMS y se dio a conocer a los países pertinentes.
- Se preparó un informe sobre biotecnología moderna de los alimentos, salud y desarrollo humano,¹ tras cuya publicación se celebró la quinta reunión del Grupo de acción intergubernamental especial del Codex sobre alimentos obtenidos por medios biotecnológicos, que tuvo lugar en septiembre de 2005 en Chiba (Japón).
- Se fortaleció el Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente/Programa de Vigilancia y Evaluación de la Contaminación de los Alimentos, que ahora incluye información sobre unos 42 países.
- Se llevaron a cabo evaluaciones del riesgo sobre *Enterobacter sakazakii* y otros microorganismos en los preparados en polvo para lactantes² y sobre *Listeria monocytogenes* en alimentos listos para el consumo, y se publicaron los resultados obtenidos.³

Descripción de algunos logros

La primera conferencia panafricana sobre inocuidad de los alimentos en África, organizada conjuntamente por la OMS y la FAO, contó con la participación de más de 185 asistentes de 45 Estados Miembros africanos y observadores. Además de otras recomendaciones, los delegados aprobaron por unanimidad una resolución en la que se recomienda a los organismos de la Unión Africana encargados de la alimentación y la salud la adopción de un plan estratégico quinquenal de nueve puntos.

¹ *Biotecnología moderna de los alimentos, salud y desarrollo humano: estudio basado en evidencias.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² *Enterobacter sakazakii y otros microorganismos en los preparados en polvo para lactantes. Informe de la reunión.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

³ *Evaluación de riesgos de Listeria monocytogenes en alimentos listos para el consumo. Informe técnico.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán fortalecido los programas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos, así como los de control y respuesta ante los peligros de origen alimentario.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que comunican los resultados obtenidos a través de un sistema de vigilancia de riesgos (microbiológicos y químicos)	Microbiología: 4 países, sobre la base de datos mundiales sobre vigilancia de <i>Salmonella</i> disponibles a comienzos de 2004	14 países	11 países
	Química: 42 países enumerados en la base de datos del Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente/Programa de Vigilancia y Evaluación de la Contaminación de los Alimentos	47 países	35 países
Número de países que disponen de datos de vigilancia sobre una o más enfermedades transmitidas por los alimentos	22 países habían facilitado datos en el marco de la encuesta mundial de vigilancia de <i>Salmonella</i> a comienzos de 2004.	27 países	66 países

La encuesta mundial de vigilancia de *Salmonella* fortaleció la capacidad de evaluación de riesgos y de control de *Salmonella* y otros patógenos de transmisión alimentaria como *Campylobacter*. Once países proporcionaron datos sobre vigilancia microbiológica. Las actividades de formación en epidemiología y técnicas estándar de laboratorio a nivel regional y nacional resultaron cruciales para la creación de capacidad e hicieron posible que 66 países notificaran datos de vigilancia. En lo referente al Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente/Programa de Vigilancia y Evaluación de la Contaminación de los Alimentos, se puede consultar información sobre exposición e ingesta de contaminantes en Europa en las bases de datos del portal SIGHT, que ofrece información resumida sobre las tendencias mundiales en materia de salud. Treinta y cinco países notificaron los resultados obtenidos de sus actividades de vigilancia de riesgos químicos. Entre los demás logros destacan la organización del tercer taller internacional sobre estudios de dietas totales, celebrado en París en mayo de 2004, y la puesta en marcha de la cuarta encuesta mundial sobre la presencia de contaminantes orgánicos persistentes en la leche humana, en colaboración con la OMS y el PNUMA.

Se habrán fortalecido los mecanismos de evaluación de riesgos y asesoramiento científico en el plano internacional, así como la capacidad nacional de evaluación de riesgos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de evaluaciones de los riesgos (microbiológicos y químicos) llevadas a cabo por la FAO y la OMS	Microbiología: 3 Química: plaguicidas, 26; aditivos alimentarios, 27; contaminantes, 5; fármacos de uso veterinario, 7	Microbiología: 3 más Química: mantener la misma productividad	Microbiología: 2 más Química: 118 (plaguicidas, 52; aditivos alimentarios, 54; contaminantes, 5; fármacos de uso veterinario, 7)
Número de países que realizan actividades documentadas de evaluación de riesgos (microbiológicos y químicos)	No se aplica	Lograr un aumento del 30%	43

En la Región de Europa, los 25 países que integran la Unión Europea adoptaron una serie de métodos para gestionar los riesgos asociados a las nuevas tecnologías, como las relacionadas con la producción de alimentos genéticamente modificados. En la Región del Mediterráneo Oriental, cuatro de los 22 Estados Miembros que la conforman adoptaron metodologías de evaluación previa y posterior. En la Región de África se elaboraron orientaciones regionales sobre vigilancia microbiológica de los alimentos y sobre formulación y redacción de leyes de inocuidad de los alimentos, que están en prensa y se difundirán en breve.

Se habrán desarrollado y divulgado instrumentos de evaluación y gestión de los riesgos y beneficios relacionados con productos elaborados mediante nuevas tecnologías alimentarias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de instrumentos desarrollados y divulgados por la OMS	4 informes de reuniones consultivas de expertos FAO/OMS sobre evaluación de riesgos y 3 directrices del Codex sobre la realización de análisis del riesgo	2 reuniones consultivas adicionales sobre evaluación del riesgo y 1 informe sobre una evaluación más amplia de los alimentos genéticamente modificados	1

Se publicó un informe sobre una evaluación más amplia de los alimentos genéticamente modificados.

Se habrán fortalecido las consideraciones de salud en las actividades multisectoriales concernientes a la inocuidad de los alimentos, tanto a nivel nacional como internacional.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que participan activamente en el establecimiento de normas internacionales (Comisión del Codex Alimentarius)	Participación de 89 países en desarrollo en las reuniones de la Comisión del Codex Alimentarius	Lograr que el número de países participantes aumente en un 25%	122 (aumento del 37%)
Número de países que, con ayuda de la OMS, establecen o modifican sus políticas, legislación y estrategias de aplicación en materia de inocuidad de los alimentos	No se aplica	20 países	43

El Fondo Fiduciario del Codex ofreció apoyo a un total de 104 países para asistir a diversas reuniones de expertos del Codex. Se preparó una guía regional sobre legislación en materia de inocuidad de los alimentos en la Región del Mediterráneo Oriental, y varios Estados Miembros elaboraron en esta esfera planes de acción, políticas y leyes nacionales y armonizaron sus sistemas de inocuidad de los alimentos. En la Región de las Américas, la 14ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura aprobó en abril de 2005 el Plan de Acción OPS/OMS de Cooperación en Inocuidad de los Alimentos para la Región de las Américas 2006-2007,¹ que seguidamente fue adoptado en el 46º Consejo Directivo de la OPS.² Durante el bienio, se convocó el segundo Foro Mundial FAO/OMS de Autoridades de Reglamentación sobre Inocuidad de los Alimentos, que tuvo lugar en Bangkok en octubre de 2004, y se celebraron cuatro conferencias regionales conjuntas sobre inocuidad de los alimentos en Costa Rica, Jordania, Malasia y Zimbabwe. Asimismo, se adoptaron medidas para respaldar la respuesta de la OMS frente a la gripe aviar en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Tanto el Foro Mundial como las conferencias regionales contribuyeron a aumentar la concienciación y a lograr una mayor voluntad política, sobre todo en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y las Américas. En la Región de Europa, se elaboraron durante el bienio directrices sobre el establecimiento de estrategias intersectoriales de inocuidad de los alimentos, que luego se adaptaron a las necesidades específicas de cada país.

Se habrán fortalecido las capacidades en las esferas de comunicación de los riesgos y educación sobre inocuidad de los alimentos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que han utilizado y evaluado material relativo a la inocuidad de los alimentos basado en las «cinco claves OMS para la inocuidad de los alimentos»	No se aplica	10 países adicionales	55

En respuesta al considerable interés mostrado por los países, se procedió durante el bienio a la ampliación de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos. Se elaboraron, utilizando como modelo las «cinco claves para la

¹ Resolución RIMS14.R7.

² Resolución CD42.R3.

inocuidad de los alimentos», una serie de directrices sobre manipulación sencilla de los alimentos, que fueron traducidas a diversos idiomas locales para su difusión en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Nueve Estados Miembros participaron en estudios piloto relacionados con el manual de formación basado en las «cinco claves». Ya son 55 los Estados Miembros que utilizan el manual y las herramientas didácticas y de aprendizaje conexas; el cartel original fue traducido a más de 40 idiomas. En la Región de las Américas, se dio amplia difusión a las directrices sobre fortalecimiento de los sistemas nacionales de inocuidad de los alimentos, el manual basado en las «cinco claves para la inocuidad de los alimentos» y los boletines técnicos emitidos por la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos en relación con diversos problemas emergentes en esta esfera, como la presencia de acrilamida en los alimentos o la gripe aviar. En la Región del Mediterráneo Oriental se distribuyó material relativo a las «cinco claves para la inocuidad de los alimentos» a las escuelas y hogares, para su uso como herramienta de educación sanitaria y como instrumento para lograr una mayor potenciación del papel de las comunidades en las aldeas, en estrecha colaboración con las iniciativas de base comunitaria y las unidades de desarrollo de la salud de la mujer.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- A raíz de la crisis de la gripe aviar, los medios de comunicación internacionales empezaron a dar mayor cobertura a las cuestiones relativas a la inocuidad de los alimentos y la cría de animales destinados al consumo.
- En algunos Estados Miembros, sobre todo en países en desarrollo, aumentó el apoyo político para las políticas que abarcan todo el proceso, desde el productor hasta el consumidor, y para las instancias de inocuidad de los alimentos que adoptan un enfoque integrado.

Obstáculos

- En varias regiones se asignaron fondos insuficientes a la inocuidad de los alimentos, lo que repercutió negativamente en la identificación y movilización de recursos extrapresupuestarios; al mismo tiempo, los fondos para llevar a cabo evaluaciones del riesgo y actividades relacionadas con el Codex se asignaron de forma tardía y en cantidades insuficientes.
- Algunos países experimentaron un aumento de la carga de trabajo debido a la aparición de brotes epidemiológicos y situaciones de emergencia.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es preciso asegurar una cooperación y colaboración entre todos los interesados directos, en especial los organismos encargados de la salud, la alimentación y el medio ambiente, para evitar la duplicación de esfuerzos. En el bienio 2006-2007, se proseguirán por tanto los esfuerzos de colaboración con la FAO, el PNUMA y la OIE sobre las cuestiones pertinentes relacionadas con la producción de alimentos y el medio ambiente.
- Las iniciativas de movilización de recursos que dieron buen resultado en relación con la preparación de diversos proyectos, como los centrados en los mercados de alimentos saludables o la aplicación de las «cinco claves OMS para la inocuidad de los alimentos» se reforzarán en 2006-2007.
- Es preciso asegurar que los esfuerzos de creación de capacidad se centren en la promoción de la planificación estratégica basada en la gestión del riesgo y no en la financiación de equipo de laboratorio y actividades formativas.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		22 453	8 565	5 494	14 059
Porcentaje	países	43	29	3	19
	regiones	26	28	12	22
	mundo	31	43	85	59

PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A EMERGENCIAS

Objetivo(s) de la OMS

Velar por que los Estados Miembros y la comunidad internacional estén mejor preparados para prevenir los desastres y mitigar sus consecuencias en la salud, creando un equilibrio entre las actividades de socorro y el desarrollo sanitario sostenible mediante respuestas frente a emergencias y mecanismos de coordinación adecuados.

Indicadores y logros

Evidencia demostrativa del establecimiento de políticas y planes nacionales de reducción de los desastres que, en sus actividades de preparación y socorro, tengan en cuenta las perspectivas de desarrollo a más largo plazo. Sesenta y ocho Estados Miembros incluyeron la preparación y respuesta frente a emergencias en sus documentos de estrategia de cooperación en los países. En la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres, celebrada en Kobe (Hyogo, Japón) del 18 al 22 de enero de 2005, 164 países aprobaron el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015. El Marco establece las prioridades y los objetivos estratégicos para reducir los desastres, y las intervenciones clave para alcanzar esos objetivos. En una resolución adoptada durante la Conferencia, todas las partes acordaron elaborar indicadores y establecer metas que permitan seguir la marcha de las actividades encaminadas a conseguir los objetivos estratégicos enunciados en el Marco de Acción.

Logros principales

- La OMS respondió con prontitud frente a los maremotos y terremotos sobrevenidos el 26 de diciembre de 2004, gracias al extraordinario esfuerzo realizado por la Organización a todos los niveles, que permitió que el personal regional y de la Sede colaborara con sus compañeros de la Región de Asia Sudoriental en la planificación y ejecución de la respuesta de la OMS. Más de 200 miembros del personal fueron desplegados a los países afectados durante las primeras semanas que siguieron al desastre.
- La OMS fue designada organismo coordinador del Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos en 2005, con el fin de que aportara su sólida dirección técnica a la coordinación de la labor del Grupo. Ahora la Organización cuenta con una firme plataforma desde donde promover la importancia vital de la salud en situaciones de emergencia.
- La OMS aplicó con buenos resultados la estrategia del Grupo de Acción Sanitaria tras el terremoto que asoló el sur de Asia el 8 de octubre de 2005. El mecanismo de coordinación fue activado a nivel mundial y nacional, en estrecha colaboración con otras entidades asociadas de las Naciones Unidas y otros colaboradores de acción humanitaria.
- Se produjo un aumento de las aportaciones extrapresupuestarias destinadas a sufragar la intervención de la OMS en situaciones de emergencia y las labores de recuperación, lo que refleja el interés de los donantes en la evolución del papel que desempeña la Organización en las emergencias y sus intentos de ser más funcional.
- La OMS amplió su presencia sobre el terreno en esta área de trabajo gracias a los fondos extrapresupuestarios aportados en el marco del programa trienal de la OMS para mejorar su actuación sanitaria en situaciones de crisis, cuyo fin es fortalecer la capacidad institucional de la Organización en la preparación, respuesta y recuperación frente a emergencias. Alrededor de 60 personas fueron contratadas y asignadas a lugares clave sobre el terreno.
- Cada vez son más quienes reconocen que la OMS es el organismo más competente en la gestión de información sanitaria en situaciones de emergencia. En el sitio web de la Organización se publicaron, entre otras cosas, manuales con información actualizada sobre cómo hacer un diagnóstico del estado de un sector sanitario que ha quedado desorganizado o de la manera de manipular cadáveres en situaciones de catástrofe. Sus evaluaciones de las necesidades sanitarias y sus análisis de mortalidad han contribuido a poner de manifiesto crisis incipientes y a formular estrategias de intervención adecuadas. Su iniciativa para elaborar normas y parámetros que permitan conocer la situación sanitaria es una de las prioridades del Grupo de Acción Sanitaria.
- En la Región de las Américas, muchos países que cuentan con sólidos programas de preparación frente a emergencias respondieron ante catástrofes naturales sin necesidad de ayuda externa.
- La OMS abrió 16 oficinas sobre el terreno con el fin de emprender sus programas de respuesta frente a emergencias y vigilar mejor la evolución de las condiciones sanitarias en varias situaciones de crisis incipiente y de crisis permanente.
- Tras el terremoto que asoló el sur de Asia, la OMS emprendió una estrecha colaboración con las autoridades nacionales pakistaníes, con el fin de evaluar las necesidades, definir las prioridades sanitarias, restablecer los servicios de atención primaria de salud, coordinar las actuaciones sanitarias y poner en marcha un sistema de alerta anticipada y de respuesta ante enfermedades.
- La labor de recuperación de la OMS en emergencias complejas se tradujo en un mayor relieve y reconocimiento de su trabajo en situaciones de crisis. Además, su pronta y eficaz respuesta ante otras emergencias, como la crisis alimentaria del Níger en

otoño de 2005, los numerosos y devastadores huracanes que azotaron la Región de las Américas y la crisis de la República Democrática del Congo que sigue desarrollándose, fue ampliamente reconocida por sus donantes y sus asociados humanitarios.

Descripción de algunos logros

La importancia de la información sanitaria como indicador fiable en situaciones de crisis quedó confirmada por los elementales análisis de mortalidad realizados por la OMS en Darfur (Sudán), que contribuyeron a que la crisis recibiera atención internacional, y por sus rudimentarios análisis de la mortalidad de la población menor de cinco años en el norte de Uganda, que revelaron tasas de mortalidad muy por encima del umbral de emergencia. En conjunto, el trabajo de la OMS en situaciones de emergencia obtuvo un mayor reconocimiento y relieve gracias a su labor durante la posguerra de Iraq, donde está contribuyendo a la rehabilitación de los sistemas de salud; en Darfur, donde colabora en la prestación de servicios de emergencia a la población de desplazados internos; en el Níger, azotado por la sequía y la plaga de langosta, donde elabora actualizaciones periódicas sobre la tendencia y la evolución de la morbilidad y la malnutrición; en el Pakistán, donde ha coordinado con eficacia la respuesta del grupo de acción sanitaria tras el terremoto de octubre de 2005; y en muchos otros países.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán establecido políticas y medidas de sensibilización para promocionar la salud como principal preocupación en situaciones de emergencia.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países y organismos que adoptan políticas en las que se reconoce que la salud es un factor importante que hay que tener en cuenta en las situaciones de emergencia (por ejemplo, número de documentos de estrategia de cooperación en los países que incluyen la preparación y respuesta frente a emergencias)	18	78	Véase el texto <i>infra</i> .

Los resultados previstos fueron ampliamente alcanzados. Con la creación del Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos, las Naciones Unidas y otras organizaciones humanitarias reconocieron explícitamente la importancia fundamental de la salud en las situaciones de emergencia. La OMS ha contribuido dentro del Comité Permanente a promover los aspectos sanitarios de las crisis y a velar por que se reconozca que la salud es un elemento esencial en la preparación y respuesta frente a catástrofes. En 2005, la OMS fue designada organismo coordinador del Grupo de Acción Sanitaria. Además, 17 Estados Miembros de la Región de África, todos los de la Región de las Américas, 12 de la Región de Europa y tres de la Región del Pacífico Occidental han incluido la preparación y respuesta frente a emergencias en sus documentos de estrategia de cooperación en los países. En noviembre de 2005, los 11 Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental, en colaboración con la OMS elaboraron un conjunto de puntos de referencia y establecieron una serie de metas con el fin de supervisar y fortalecer los planes de preparación y respuesta frente a emergencias de los países. En la actualidad, seis Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental reconocen que la salud es un componente esencial de las estrategias de intervención ante situaciones de emergencia.

Se habrá producido y difundido información fiable, independiente y oportuna sobre salud pública dirigida a los encargados de la adopción de decisiones y la asignación de recursos a nivel nacional e internacional para actividades de preparación y respuesta frente a emergencias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de instrumentos elaborados y de sistemas en funcionamiento en los Estados Miembros, incluida información sanitaria para respuesta y preparación frente a emergencias y reducción de la vulnerabilidad	No establecido	No establecida	Se han producido alrededor de 30, que abarcan diversos aspectos de la gestión de la información sanitaria para respuesta y preparación frente a emergencias.

Durante el bienio, aumentaron considerablemente las funciones y atribuciones de la OMS en materia de gestión de información sanitaria en situaciones de crisis. Se actualizaron o crearon alrededor de 30 instrumentos para abordar diversos aspectos de la gestión de información sanitaria en las actividades de preparación y respuesta frente a emergencias, con inclusión de plantillas

para una evaluación rápida de las necesidades sanitarias. El manual de la OMS titulado *Analysing disrupted health sectors*, publicado a finales de 2005, abarca las principales áreas de importancia para analizar sectores sanitarios que han quedado desbaratados, y ofrece consejos prácticos, experiencias sobre el terreno, instrumentos, referencias y sugerencias para un estudio más minucioso. La importancia de la información sanitaria como indicador fiable en situaciones de crisis fue confirmada por los elementales análisis de mortalidad realizados por la OMS en Darfur (Sudán) y en el norte de Uganda. Esta área genera productos tangibles y permite establecer una línea de servicios estratégicos. Cada vez es mayor el número de entidades asociadas que confía en que la OMS tome la iniciativa a la hora de evaluar las necesidades y hacer un seguimiento de la eficacia y los resultados de las actuaciones (mortalidad y supervivencia) en distintos contextos.

Se habrá prestado apoyo efectivo al sector sanitario de los Estados Miembros a fin de institucionalizar la capacidad local para reducir la vulnerabilidad de las poblaciones y de los servicios de salud y para prepararse y actuar frente a emergencias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que incluyen la mitigación de los desastres en las políticas de cooperación técnica	No establecido	No establecida	No establecido
Número de coordinadores que han recibido formación en acción sanitaria en las crisis y las emergencias y en acción humanitaria presentes en las oficinas regionales y las oficinas en los países	73	300	400

El programa trienal de la OMS para mejorar su actuación sanitaria en situaciones de crisis ha contribuido a fortalecer la capacidad de apoyo prestado a las actividades de los Estados Miembros para prepararse y responder a las crisis sobre el terreno. El programa se centra en cuatro funciones clave de la OMS en situaciones de emergencia (evaluar las prioridades de salud; coordinar las intervenciones sanitarias; definir y subsanar las deficiencias; apoyar la capacidad local y fortalecer los sistemas). En la primera fase del proyecto se contrató a 60 personas, que fueron ampliamente informadas sobre los objetivos del programa y asignadas a países de interés estratégico, principalmente en la Región de África. Como resultado de ello, la OMS reforzó su presencia sobre el terreno, la integración de las actividades de emergencia en los planes nacionales es cada vez mayor y la calidad de la contribución de la Organización al Procedimiento de Llamamientos Unificados ha mejorado considerablemente. A lo largo del bienio se impartió formación a unos 400 miembros del personal de la OMS y de entidades asociadas en un total de 11 eventos celebrados en Ginebra, el Congo, Egipto, Etiopía, Kenya, la República Democrática del Congo y Uzbekistán. Entre los cursos de formación figuran un curso de orientación, un taller sobre gestión de información sanitaria en situaciones de crisis, un curso sobre dirección de proyectos y un curso de formación para formadores.

Se habrán establecido alianzas entre sistemas sanitarios, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y otras entidades, a fin de reducir la vulnerabilidad y proporcionar asistencia sanitaria eficaz de manera transparente y responsable.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Índice de cobertura de la financiación de los componentes de salud en los llamamientos consolidados	30%	50%	69%
Número de proyectos conjuntos y memorandos de entendimiento logrados con asociados para la reducción de los desastres a nivel nacional	No establecido	No establecida	Varios proyectos (véase <i>infra</i>).

En mayo de 2005, la OMS y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja señalaron el fortalecimiento de su colaboración con la firma de una carta de acuerdo. En la Región de África, se emprendieron 13 proyectos conjuntos en los países. En la Región del Mediterráneo Oriental, la OMS puso en marcha distintos proyectos en Jordania, la República Islámica del Irán, Somalia y el Sudán, y en colaboración con importantes asociados como el UNICEF, el PNUD y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. La Oficina Regional para Europa siguió colaborando estrechamente con el PNUD, el UNICEF, el ACNUR y otras entidades asociadas en los planes de contingencia y otras actividades. La Oficina Regional para las Américas está elaborando un plan de trabajo conjunto para la preparación frente a

emergencias con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el UNICEF. Las oficinas regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental firmaron un memorando de entendimiento conjunto para la formación en materia de preparación frente a emergencias con el Centro Asiático de Preparación para Casos de Desastre, e impartieron tres cursos de formación interregionales y al menos seis nacionales a los que asistieron un total de casi 300 personas. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental siguió colaborando estrechamente con la Dirección General de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO), el Organismo Japonés de Cooperación Internacional, el Comité ASEAN de gestión de desastres y otras entidades. Respecto de la financiación obtenida a través del Procedimiento de Llamamientos Unificados, se superó el objetivo del 50%, si bien los fondos obtenidos fueron repartidos de forma desigual, con lo que algunos llamamientos, en particular el realizado a raíz de la catástrofe del maremoto, obtuvieron más fondos de los necesarios, mientras que otros no consiguieron ninguna financiación.

Se habrá fortalecido el liderazgo de la OMS para coordinar los esfuerzos internacionales de reducción de los desastres y respuesta ante emergencias sanitarias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de oficinas regionales y en los países que satisfacen las exigencias mínimas en materia de operaciones	No establecido	No establecida	No establecido
Número de evaluaciones externas en las que se reconoce la idoneidad de la asistencia técnica de la OMS en las actividades de emergencia	1	2	7

En esta área se han realizado progresos importantes. Dos meses después de los terremotos y maremotos de diciembre de 2004, la OMS organizó la realización de un examen interno facilitado externamente con el fin de evaluar sus operaciones y extraer enseñanzas. En noviembre de 2005, la OMS efectuó una evaluación interna de sus operaciones de respuesta en el Pakistán tras el terremoto acontecido el mes anterior. A lo largo de 2004-2005, también se llevaron a cabo exámenes conjuntos entre la OMS y los donantes de las actividades emprendidas por la OMS sobre el terreno en situaciones de emergencia. La OMS junto con el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional y la Dirección General de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) analizaron las operaciones humanitarias de la Organización en el Chad, Indonesia, Liberia, la República Democrática del Congo, Sri Lanka y el Sudán. Las evaluaciones realizadas pusieron de manifiesto que, si bien en algunos países la OMS había podido realizar plenamente sus tareas y funciones básicas, en otros los efectos de sus intentos para fortalecer sus operaciones de emergencia todavía no eran palpables. Los evaluadores también subrayaron la enorme importancia de disponer de capacidad para hacer frente a un fuerte aumento de la demanda, de contar con procedimientos operativos normalizados y procedimientos de delegación de atribuciones, de gozar de un fondo para responder frente a emergencias, y de tener una base logística y un sistema administrativo sólidos que permitan desplegar con celeridad el personal, los suministros y los equipos en caso de emergencia. En 2004, la OMS y el ACNUR elaboraron una iniciativa conjunta para evaluar la situación sanitaria y nutricional. También se hizo una evaluación interna de la intervención de emergencia de la OMS en Guyana tras las inundaciones sufridas por el país. En 2004, se realizaron tres evaluaciones piloto, en Nepal, el Pakistán y Zambia, de la situación sanitaria y nutricional y de las intervenciones realizadas para ayudar a la población de refugiados en esos países. En 2005, se llevaron a cabo evaluaciones de la totalidad del sector sanitario en Burundi y Liberia. Las recomendaciones formuladas incluyeron asesoramiento sobre la manera de mejorar la coherencia entre proyectos de distintas partes interesadas y de transferir los conocimientos y atribuciones de las organizaciones no gubernamentales a las autoridades sanitarias locales. Los resultados de esas evaluaciones han sido integrados en el trabajo de los grupos de acción sanitaria y nutricional, y se emplearán para reformular las estrategias del sector sanitario y la orientación técnica.

Se dispondrá de información científica fiable y actualizada sobre las políticas y prácticas de salud óptimas para la reducción de los desastres y la asistencia humanitaria.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de enseñanzas extraídas de forma conjunta, actividades documentadas y difundidas/promovidas	2	4	4
Número de publicaciones técnicas que reflejan las prácticas y políticas óptimas de	No establecido	No establecida	Varias publicaciones (véase <i>infra</i>).

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
la OMS para la reducción de desastres			

En mayo de 2005, la OMS convocó una importante conferencia en Phuket (Tailandia) para examinar las lecciones extraídas en materia de salud de la catástrofe del maremoto acontecida en diciembre de 2004, tanto en los momentos inmediatos al desastre como en las primeras fases de la recuperación. Se publicó un informe completo de las deliberaciones en *Prehospital and Disaster Medicine*.¹ La OMS es miembro de la coalición para la evaluación del maremoto, iniciativa para el aprendizaje y la gestión responsable integrada por más de 50 organismos, cuyo fin es promover un enfoque sectorial de las evaluaciones de la respuesta dada ante el maremoto, a fin de optimizar lo que puede aprender cada sector de la experiencia adquirida. Se prevé que en febrero de 2006 aparecerán los primeros informes. Entre las actividades destinadas a aprender de la experiencia adquirida conjuntamente, la OMS organizó un taller en colaboración con el Ministerio de Salud de la República Islámica del Irán y otros asociados en la intervención efectuada a raíz del terremoto que asoló la ciudad de Bam en 2003. Se distribuyeron más de 5000 CD-ROM de la Biblioteca Virtual de Salud para Desastres y más de 29 000 ejemplares del manual sobre manipulación de cadáveres en distintos idiomas. Entre las nuevas publicaciones figuran un conjunto de directrices para el control de la malaria, la nutrición, la salud mental y el VIH/SIDA en situaciones de emergencia, un protocolo para el manejo clínico de los supervivientes de violaciones y muchas más. Entre las publicaciones regionales figuran un manual de respuesta frente a emergencias y un procedimiento de emergencia nacional básico elaborado, preparado por la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, y un manual sobre preparación en materia de salud mental realizado por la Oficina Regional para las Américas.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El mejor desempeño de la OMS en las recientes crisis ha reforzado su credibilidad como organismo rector en la gestión sanitaria en situaciones de emergencia. Ello también le ha valido la confianza de los donantes y le ha aportado generosas contribuciones de los gobiernos, el sector privado y el público en general. Los donantes están cada vez más interesados en la labor que desempeña la OMS en situaciones de emergencia y en sus esfuerzos por adoptar una función más operacional.
- Muchos donantes, organizaciones humanitarias y las Naciones Unidas han empezado a reconocer que la salud es una cuestión primordial en las emergencias. Cada vez hay más ministros de salud que reconocen que la preparación frente a desastres y su gestión son elementos esenciales de la planificación sanitaria.
- Gracias a la excelente colaboración de todos los sectores de la Organización, el área de trabajo Preparación y respuesta frente a emergencias ha servido de agente catalizador a la hora de aglutinar los conocimientos técnicos necesarios para responder de forma global a los distintos aspectos sanitarios de las emergencias (como por ejemplo, salud mental, salud materno-infantil y muchos otros).
- Los fondos obtenidos en el marco del programa trienal de la OMS para mejorar su actuación en situaciones de crisis han permitido a la Organización reforzar su presencia en los países y fortalecer el apoyo prestado sobre el terreno a los Estados Miembros.
- Las funciones directivas asumidas por la OMS en el Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos han permitido a la Organización desempeñar un papel de gran notoriedad en la gestión de catástrofes y le han aportado los medios necesarios para mejorar la coordinación de las actividades de respuesta frente a emergencias en el sector sanitario.
- Los asociados de la OMS en la acción humanitaria en pro de la salud son cada vez más conscientes de la necesidad de utilizar información sanitaria para llamar la atención sobre las crisis y de la competencia de la OMS en esa área.

Obstáculos

- Esta área de trabajo cuenta con un presupuesto ordinario reducido y depende en gran medida de las contribuciones extrapresupuestarias. Ahora bien, los donantes tienden a dar fondos para las grandes crisis y a olvidar las pequeñas crisis desatendidas que no captan la atención pública. Además, la mayor parte de las contribuciones extrapresupuestarias están estrictamente asignadas a las operaciones de asistencia directa en catástrofes y no incluyen las funciones normativas de la OMS, tales como la preparación y planificación frente a emergencias. Ello provoca un déficit de financiación y ocasiona desequilibrios inherentes a las actividades de emergencia de la Organización.

¹ *Plianbangchang S.* WHO Special report: preface. *Prehospital and disaster medicine* 2005: 20(6). Se puede consultar en línea en <http://pdm.medicine.wisc.edu>.

- Pese a la mayor sensibilización acerca de la necesidad de prepararse para afrontar crisis importantes, los programas de preparación frente a emergencias y desarrollo de medios, y los planes de contingencia de los Estados Miembros siguen siendo escasos.
- Contratar y retener a personal calificado y con experiencia para destinarlo a lugares difíciles ha sido una de los principales obstáculos.
- La existencia de procedimientos administrativos obsoletos ha dificultado gravemente la optimización de los mecanismos de respuesta. La experiencia ha demostrado en repetidas ocasiones que los procesos administrativos normales de la OMS no son lo suficientemente adaptables y flexibles para responder a emergencias de gran envergadura.
- La ausencia de un fondo rotatorio para emergencias ha obstaculizado que la OMS pueda responder con celeridad ante emergencias graves.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- El elevado número de grandes catástrofes habidas en 2004-2005 puso de relieve la importancia de prepararse frente a las situaciones de emergencia. Los Estados Miembros piden cada vez con mayor frecuencia más medios para la preparación frente a catástrofes y la reducción de riesgos. La OMS ha de esforzarse por asegurar que sus actividades de preparación frente a emergencias gozan de una financiación estable (las dificultades para obtener recursos para esa área ya han sido expuestas anteriormente). También es esencial lograr una financiación estable una vez que el programa trienal haya terminado en abril de 2007, con el fin de que la OMS pueda aprovechar los logros alcanzados mediante el programa y mantener su presencia sobre el terreno.
- La falta de personal de operaciones competente que pueda ser desplegado con celeridad a menudo constituye un obstáculo importante. Con el fin de subsanar esa carencia, la OMS prevé poner en marcha una red de respuesta sanitaria de emergencia, encargada de constituir un plantel de personas preparadas, competentes y con experiencia en acción sanitaria internacional, prestas a desplegarse con rapidez en situaciones de crisis o desastre. Los donantes han expresado un gran interés en la idea y la OMS confía en obtener fondos suficientes para convertir la iniciativa en un programa autosostenible con atribuciones plenas.
- Al aceptar el papel de organismo coordinador del Grupo de Acción Sanitaria, la OMS se enfrenta a un doble reto: ha de ofrecer un fuerte liderazgo y proporcionar orientación experta a sus asociados humanitarios, y, al mismo tiempo, debe mostrar que está dispuesta a emprender la reforma interna necesaria que permita responder con eficacia ante las crisis. La OMS ha de seguir desempeñando un papel rector en la coordinación de las operaciones de respuesta, evaluando las necesidades sanitarias, estableciendo normas y haciendo un seguimiento de la actuación y resultados sanitarios.
- Los denodados esfuerzos de la OMS en sus actividades de promoción para demostrar que cuenta con los conocimientos, la capacidad y el impulso necesarios para mejorar su actuación en situaciones de crisis le han valido la confianza de los donantes y le han aportado generosas contribuciones de los gobiernos, el sector privado y el público en general. Esa confianza debe mantenerse, mediante un seguimiento de los resultados de los programas y mostrando que es capaz de cumplir sus promesas. La deficiente capacidad administrativa y de gestión de proyectos sigue siendo su mayor cortapisa. La calidad de los informes enviados a los donantes es a menudo irregular, y muchos proyectos o bien siguen sufriendo demoras, o tienen un exceso o una falta de medios. Esta es un área clave donde invertir y mejorar en 2006-2007.
- La OMS ha de seguir impulsando el proceso de elaboración de procedimientos operativos uniformes internacionales para situaciones de emergencia. Éste es un componente esencial en los mecanismos de respuesta de la OMS y en su preparación institucional frente a emergencias. Un grupo de trabajo interno creado en 2005 formuló un conjunto de recomendaciones para mejorar la labor de la OMS en situaciones de crisis, que incluía la elaboración de procedimientos operativos uniformes para toda la Organización, la creación de un fondo para emergencias, el establecimiento previo de suministros, la clara delegación de atribuciones y la necesidad de definir las competencias de cada uno de los tres niveles de la Organización. El grupo continuará trabajando en 2006.
- Como se subraya en repetidas ocasiones en el Examen de la Respuesta Humanitaria encargado por el Coordinador del Socorro de Emergencia de las Naciones Unidas en 2005, es crucial que haya una estrecha colaboración y que se creen alianzas entre los asociados en la acción humanitaria, para que la comunidad internacional pueda mejorar su intervención colectiva en las catástrofes y situaciones de emergencia. La OMS ha de seguir forjando alianzas sólidas con el fin de asegurar una mejor planificación y coordinación de la respuesta en emergencias de todo el sector sanitario. La propia capacidad de respuesta de la Organización depende de la inversión que haya realizado con anterioridad en preparar a sus asociados del sector de la salud.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Los donantes llevan un tiempo insistiendo en que los proyectos extrapresupuestarios sean evaluados por un equipo independiente. Con ello han contribuido a que las evaluaciones se conviertan en una parte integral del trabajo de la OMS. El reto que se presenta para el próximo bienio será institucionalizar la evaluación sistemática de la intervención de la OMS en situaciones de crisis. Es esencial que se reconozca ampliamente que esas evaluaciones ofrecen la oportunidad de aprender, y, por consiguiente, de mejorar la actuación de la Organización, a fin de lograr resultados sólidos sobre el terreno y de fortalecer la relación de la OMS con sus donantes más importantes.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		119 037	8 574	238 800	247 375
Porcentaje	países	82	44	75	74
	regiones	11	29	10	11
	mundo	7	27	15	15

MEDICAMENTOS ESENCIALES: ACCESO, CALIDAD Y USO RACIONAL

Objetivo(s) de la OMS

Colaborar con los países para formular, aplicar y vigilar políticas farmacéuticas nacionales; hacer más equitativo el acceso a los medicamentos esenciales, sobre todo los destinados a problemas de salud prioritarios; asegurar la calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos mediante una reglamentación farmacéutica eficaz; conseguir que los profesionales sanitarios y los consumidores hagan un uso más racional de los fármacos.

Indicadores y logros

- *Porcentaje de la población mundial con acceso a los medicamentos esenciales.* Según las estimaciones correspondientes a 2005, en 18 países (13 de ingresos bajos y cinco de ingresos medios) menos de la mitad de la población tiene acceso regular a un conjunto básico de medicamentos esenciales; en otros 46 países (24 de ingresos bajos, 19 de ingresos medios y tres de ingresos altos) esa proporción oscila entre un 50% y un 80%. Según estimaciones correspondientes a 2003, alrededor de una tercera parte de la población mundial carecía de acceso regular a los medicamentos esenciales. A resultas de ello, se registran diariamente 27 000 muertes evitables.
- *Número de países con una política farmacéutica nacional, ya sea nueva o actualizada hace menos de 10 años.* Para finales de 2005, 65 países habían introducido nuevas políticas farmacéuticas nacionales oficiales o actualizado políticas ya existentes en los 10 años precedentes.

Logros principales

- Se establecieron en la esfera de los medicamentos varias políticas, normas y patrones internacionales, fruto de un proceso transparente y normalizado de desarrollo técnico y celebración de consultas a nivel mundial.
- El programa de precalificación goza ya de amplio reconocimiento. Durante el periodo objeto de examen, se evaluaron y precalificaron más de 70 productos medicinales adicionales para el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.
- La metodología normalizada propuesta por la OMS y Acción Salud Internacional para las encuestas sobre los precios de los medicamentos se utilizó en al menos 40 países de ingresos bajos y medios. La mayor parte de los resultados obtenidos se pusieron a disposición del público general. Se elaboraron también recomendaciones y planes para la realización de intervenciones normativas y de promoción en los países.
- Se fortaleció y amplió la red OMS de expertos en medicamentos nacionales en África. Se facilitó apoyo técnico a los Estados Miembros para la formulación, aplicación y supervisión de políticas farmacéuticas nacionales. Se respaldaron asimismo diversas iniciativas regionales destinadas a fortalecer los sistemas de adquisición y suministro de medicamentos, por ejemplo en la Región del Mediterráneo Oriental, y a luchar contra las falsificaciones, a través del establecimiento de un sistema de alerta rápida en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. En África se intensificó la colaboración con distintos grupos económicos subregionales, como la Comunidad para el Desarrollo del África Meridional, la Unión Económica y Monetaria del África Occidental y la Comunidad del África Oriental, en la esfera de la reglamentación y armonización de los medicamentos.
- La OMS publicó una serie de documentos y directrices clave sobre las políticas de medicina tradicional, por ejemplo en relación con la reglamentación de los medicamentos herbarios.
- La colaboración con diversos organismos de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales permitió ampliar la labor de extensión en lo referente a la prestación de asesoramiento técnico y orientación normativa sobre la formulación y aplicación de normas de propiedad intelectual, con un enfoque orientado hacia la salud pública. La Organización cooperó, además, estrechamente con instituciones como el UNICEF, el FNUAP, el ONUSIDA, el Banco Mundial y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, con miras a promover la coherencia en sus políticas relativas a la calidad, los procedimientos de adquisición y los derechos de propiedad intelectual relacionados con los medicamentos. Este proceso de coordinación estuvo dirigido por la OMS.

Descripción de algunos logros

Pese a los continuos esfuerzos desplegados por los países y los asociados, no se ha registrado ningún impacto significativo en la carga de morbilidad atribuible a la tuberculosis en la Región de África. Según indica el examen de la incidencia de esta enfermedad en el periodo 1993-2003, de las tres regiones en las que las tasas de incidencia seguían aumentando, África era la que registraba los incrementos más elevados. La circulación de medicamentos de mala calidad es uno de los principales motivos que explican el desarrollo de una resistencia antibacteriana a medicamentos comúnmente empleados para el tratamiento de la tuberculosis. Con el fin de asegurar el acceso a medicamentos de calidad garantizada, se recogieron en siete países muestras de fármacos antituberculosos, como la rifampicina, la isoniazida y combinaciones de rifampicina/isoniazida, con fines de control de calidad. Los resultados del estudio revelaron en algunas muestras deficiencias en lo referente a los ingredientes activos y los perfiles de disolución. Se celebraron, y se van a seguir celebrando, consultas con las autoridades nacionales competentes para elaborar medidas reglamentarias apropiadas que permitan atajar el problema de la mala calidad en los medicamentos antituberculosos.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá proporcionado a los países apoyo suficiente para formular políticas farmacéuticas nacionales y para aplicarlas y seguir de cerca su repercusión, incluyendo la vigilancia de la repercusión de los acuerdos comerciales pertinentes y de la globalización en el acceso a los medicamentos, así como el asesoramiento al respecto.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países destinatarios que disponen de planes para aplicar las políticas farmacéuticas nacionales, ya sean nuevas o actualizadas en los últimos cinco años	49/103 (48%)	No establecida	66/103 (68%)
Número de países con una mayor capacidad para vigilar las repercusiones de los acuerdos comerciales pertinentes en el acceso a los medicamentos esenciales	32/105 (30%)	No establecida	13 países adicionales

Se revisaron todas las herramientas de vigilancia y se elaboró y empezó a aplicar un nuevo instrumento que permite medir el acceso de los hogares a los medicamentos. Por primera vez, esos análisis se efectuaron durante el bienio presupuestario; se publicó además un informe que recoge los resultados iniciales. Se facilitó apoyo técnico para la formulación, aplicación y supervisión de políticas farmacéuticas nacionales en 16 países de la Región del Pacífico Occidental, 15 países de Europa central y oriental, 15 países de la Región del Mediterráneo Oriental y 23 países de la Región de África. Dado que se suele tardar varios años en elaborar una política farmacéutica nacional, los resultados positivos de estos esfuerzos probablemente se harán patentes durante el próximo bienio. En la Región de Asia y el Pacífico, la OMS, en colaboración con el PNUD y diversos asociados de la sociedad civil, trabajó con funcionarios de 18 países de esa región encargados del comercio, las patentes y la salud, con miras a fortalecer las capacidades en materia de concienciación y comprensión de los cambios registrados en el ámbito del derecho internacional en lo que respecta a las cuestiones de salud pública y propiedad intelectual, y facilitó asistencia técnica en relación con la aplicación de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) en las leyes nacionales sobre patentes. En África la OMS organizó, en cooperación con la Unión Africana, el PNUD y diversos asociados de la sociedad civil, un taller para facilitar a funcionarios encargados del comercio, la salud y las patentes de 34 países de la Unión Africana capacitación sobre la elaboración y aplicación de leyes de propiedad intelectual respetuosas de la salud pública, en consonancia con el Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de Doha. En conjunción con las actividades de formación y creación de capacidad, la OMS publicó orientaciones técnicas y normativas sobre diversos aspectos relacionados con la aplicación de la Declaración de Doha y el Acuerdo sobre los ADPIC. La Organización facilitó asimismo asistencia técnica, en el marco de talleres regionales organizados por la OMC con respecto al Acuerdo sobre los ADPIC, a fin de dar a conocer el punto de vista de la OMS sobre cuestiones clave relacionadas con las repercusiones de los acuerdos comerciales y los derechos de propiedad intelectual en el acceso a los medicamentos.

Se habrá proporcionado a los países apoyo suficiente para fomentar la seguridad, la eficacia y el uso racional de la medicina tradicional y de la medicina complementaria y alternativa.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Establecimiento de una red de pruebas científicas y un sistema de vigilancia mundiales sobre la seguridad y la eficacia de la medicina tradicional y de la medicina complementaria y alternativa	Ninguna red de esa índole en funcionamiento	Establecer una red para finales de 2005	En noviembre de 2005 se estableció una red para la cooperación internacional en materia de reglamentación de los medicamentos herbarios.
Porcentaje de países destinatarios con leyes y reglamentos sobre la medicina herbaria	82/127 (65%)	No establecida	98/127 (77%)

Se llevó a cabo una encuesta mundial sobre las políticas relacionadas con la medicina tradicional y la reglamentación de nuevos medicamentos herbarios, con miras a establecer la situación, las dificultades y las necesidades de los países en lo referente a la regulación de la medicina tradicional y de la medicina complementaria y alternativa e identificar áreas en las que eventualmente podría colaborar y prestar apoyo la OMS. La información disponible sobre la medicina tradicional en los países es escasa y se sigue careciendo de datos de investigación y de mecanismos apropiados de garantía de la calidad. Más de 120 países solicitaron a la OMS ayuda en relación con el fortalecimiento de los sistemas de información sobre cuestiones de reglamentación y de investigación. En noviembre de 2005 se creó en Ottawa una red para la cooperación internacional en materia de reglamentación de los medicamentos herbarios en la que participan organismos regionales como el Foro Regional del Pacífico Occidental para la Armonización de los Medicamentos Herbarios, la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, el Comité Europeo sobre Medicamentos Herbarios, el Grupo de Trabajo de la ASEAN sobre Complementos Sanitarios y Medicinas Tradicionales y el Parlamento Latinoamericano. La red ayudará a resolver problemas relacionados con la reglamentación y el uso seguro de los medicamentos herbarios y fomentará entre sus miembros el diálogo sobre ambas cuestiones. La OMS organizó un taller interregional de capacitación sobre buenas prácticas agrícolas y de recolección para los medicamentos herbarios, al que asistieron 46 participantes de 23 países, incluidos representantes de autoridades farmacéuticas nacionales, de instituciones de investigación y de la industria farmacéutica. La Organización publicó diversos documentos y directrices clave de política sobre los medicamentos tradicionales, incluidos dos conjuntos de directrices sobre buenas prácticas de gestión para los medicamentos herbarios y sobre la evaluación de su seguridad y calidad en lo que respecta a la presencia de contaminantes y residuos; un estudio monográfico sobre buenas prácticas agrícolas y de recolección de *Artemisia annua* L; el volumen 4 de la publicación *WHO monographs on selected medicinal plants*; estudios monográficos sobre plantas medicinales de uso común en los nuevos Estados independientes; y otros dos conjuntos de directrices, sobre formación básica y seguridad relacionadas, respectivamente, con la quiropráctica y la fitoterapia.

Se habrá proporcionado orientación respecto a la financiación del suministro y el aumento de la asequibilidad de los medicamentos esenciales en los sectores público y privado.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Difusión de directrices sobre la cobertura de los medicamentos por los seguros médicos públicos	Ninguna directriz disponible	Preparar directrices y darles amplia difusión	No se pudieron iniciar las actividades pertinentes, debido a la falta de fondos.
Número de países en que se permite la sustitución por genéricos en las farmacias privadas	99/132 (75%)	No establecida	85/132 (64%)

La metodología normalizada propuesta por la OMS y Acción Salud Internacional para las encuestas sobre los precios de los medicamentos se ha utilizado ya en al menos 40 países de ingresos bajos y medios con el fin de averiguar los precios y la disponibilidad de 30 productos genéricos y de marca. Para medir la asequibilidad, se comparan los costos de los medicamentos con los sueldos más bajos pagados en el sector público. Los resultados de la mayor parte de esos estudios de país se analizaron y se pusieron a disposición del público general. Se elaboraron recomendaciones y planes para la ejecución de intervenciones de promoción y normativas en los países. Se creó un nuevo instrumento para la supervisión de los precios de los medicamentos, que ya ha sido sometido a los ensayos pertinentes y está listo para su utilización en los países. En el 55º periodo de sesiones del Comité Regional para el Pacífico Occidental, se aprobó una estrategia regional para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales en la Región del Pacífico Occidental durante 2005-2010, que servirá de marco para la ejecución de las distintas políticas de acceso na-

cionales.¹ Se llevó a cabo una evaluación de la situación de la producción farmacéutica local en 15 países africanos. Los resultados de ese estudio se analizarán y emplearán de cara a la consolidación de un marco regional para el fortalecimiento de las capacidades nacionales. Debido a la falta de fondos, resultó imposible elaborar orientaciones mundiales y ampliar las actividades a todas las regiones. En la Región de Europa, se siguió prestando apoyo a los Estados Miembros en relación con el robustecimiento de los sistemas de reembolso de los gastos en medicamentos.

Se habrá promovido la implantación de sistemas eficientes de gestión del suministro de medicamentos tanto en el sector público como en el privado, a fin de garantizar la disponibilidad permanente de medicamentos y de contribuir a mejorar el acceso a los mismos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países destinatarios con sistemas de adquisición públicos basados en una lista nacional de medicamentos esenciales	84/127 (66%)	No establecida	85/127 (66%)
Porcentaje de países destinatarios donde al menos el 75% de las compras del sector público se hacen mediante concurso	58/70 (83%)	No establecida	60/70 (85%)

En todas las regiones, fueron numerosos los países que recibieron apoyo técnico para fortalecer sus sistemas de suministro de medicamentos, por ejemplo en relación con la preparación de planes de adquisición para el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Según las conclusiones de una encuesta realizada en la Región de África, muchos países precisan actualizar sus listas nacionales de medicamentos esenciales para poder basar en ellas sus estrategias de adquisiciones públicas. Se ultimó un estudio interpaíses de gran alcance sobre la eficacia de los sistemas de suministro utilizados por las organizaciones confesionales. En la Región del Mediterráneo Oriental, se prestó apoyo técnico a los países miembros del Consejo para la Cooperación en el Golfo, con miras a mejorar las prácticas de adquisición de medicamentos.

Se habrán reforzado y promovido las normas, los patrones y las directrices mundiales relacionados con la calidad, la inocuidad y la eficacia de los medicamentos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de denominaciones comunes internacionales (genéricos) asignadas	Alrededor de 200 nuevas denominaciones asignadas por bienio	200	230
Número de sustancias psicotrópicas y estupefacientes examinadas para clasificarlas con fines de fiscalización internacional	Alrededor de 5 sustancias psicotrópicas y estupefacientes examinadas por bienio	5	0 La reunión del Comité de Expertos quedó aplazada hasta 2006.

La OMS asignó durante el bienio 230 nuevas denominaciones comunes internacionales, tras adoptar el Consejo Ejecutivo en enero de 2005 un procedimiento revisado.² Además, se elaboró y aprobó un nuevo sistema de nomenclatura para productos biotecnológicos. A la luz de la abrumadora demanda de nuevas normas y patrones, se convocó una reunión extraordinaria del Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas con el fin de ultimar y aprobar un elevado número de instrumentos normativos, entre ellos las directrices interinstitucionales de las Naciones Unidas sobre garantía de la calidad en los sistemas de adquisición de fármacos y un conjunto de normas de calidad mundiales aplicables a los nuevos medicamentos esenciales para el VIH/SIDA.

¹ Resolución WPR/RC55.R4.

² Resolución EB115.R4.

Se habrán promovido instrumentos de regulación farmacéutica y sistemas de garantía de la calidad eficaces, a fin de reforzar los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países destinatarios donde funciona un sistema básico de reglamentación farmacéutica	90/130 (69%)	No establecida	104/130 (80%)
Porcentaje de países destinatarios con procedimientos básicos operativos de garantía de la calidad	111/137 (81%)	No establecida	71/137 (52%)

Se empezaron a elaborar y ensayar en seis países de las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental nuevos métodos para combatir los medicamentos falsificados. En mayo de 2005 se puso en marcha a estos efectos un sistema de alerta rápida, al que se han adherido ya 28 países. El programa de precalificación de la OMS, cuya finalidad es salvar vidas y mejorar la salud garantizando la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos, añadió en 2005 un total de 31 nuevos antirretrovirales a la lista de productos precalificados, ampliando así el acceso a una gama de fármacos de calidad. La OMS organizó además seis cursos de formación dirigidos a fabricantes locales y funcionarios públicos para contribuir a la creación de capacidad en materia de fabricación y evaluación de los medicamentos con arreglo a las normas de calidad internacionales. En la Región de África, tres laboratorios de control de calidad aprobaron las evaluaciones de precalificación pertinentes. En una conferencia para responsables de la reglamentación farmacéutica celebrada en octubre de 2005 en Addis Abeba, se formuló un plan estratégico regional quinquenal para el fortalecimiento de las instancias de reglamentación. Los países reciben, dentro de ese contexto, un apoyo técnico directo para evaluar y reforzar sus instancias de reglamentación de los medicamentos y fortalecer las capacidades de recursos humanos. Se pusieron en marcha iniciativas de colaboración con diversos grupos económicos subregionales, como la Comunidad para el Desarrollo del África Meridional, la Unión Económica y Monetaria del África Occidental, y con otros organismos, como la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, a fin de facilitar la armonización de las reglamentaciones de medicamentos.

Se habrán promovido la sensibilización y el asesoramiento sobre el uso costoeficaz y racional de los medicamentos, a fin de que los profesionales de la salud y los consumidores hagan un mejor uso de los mismos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países destinatarios con una lista nacional de medicamentos esenciales actualizada en los últimos cinco años	82/114 (72%)	No establecida	68/114 (59%)
Porcentaje de países destinatarios con directrices clínicas actualizadas en los últimos cinco años	47/76 (62%)	No establecida	57/76 (75%)
Porcentaje de países destinatarios que han empezado a llevar a cabo una campaña de educación del público sobre el uso racional de los medicamentos	72/120 (60%)	No establecida	12/120 (10%)

En 2005 se elaboró la 14ª Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales. El Consejo Ejecutivo examinó la cuestión del uso racional de los medicamentos y la mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos y preparó una resolución que posteriormente fue adoptada por la Asamblea de la Salud.¹ En el marco de tres proyectos piloto sobre contención de la resistencia a los antimicrobianos, se idearon nuevos métodos de vigilancia destinados a las zonas rurales para estudiar el impacto de los cambios relacionados con la prescripción de antibióticos, tanto en el sector público como en el privado. Estos nuevos métodos son fundamentales para vigilar la evolución de la resistencia y evaluar el impacto de las intervenciones efectuadas con el fin de contenerla. En algunos países, hay en marcha programas para la promoción de un uso racional de los medicamentos, tanto entre quienes los recetan como entre quienes los consumen. Sin embargo, persiste en términos generales un gran «desfase normativo»: pese a la existencia de políticas e intervenciones eficaces, menos de la mitad de los países objeto de estudio las aplican. Esto hace que los resultados de los tratamientos se sitúen por debajo del nivel óptimo y que se despilfarren recursos económicos.

¹ Resolución WHA58.27.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El empleo de métodos rigurosos y normalizados para la elaboración de instrumentos normativos mundiales, a través de comités de expertos y procesos de consultas internacionales, garantizó la independencia plena, la elevada calidad técnica y la excelente reputación de la labor de la OMS relacionada con los medicamentos. Al aumentar la demanda y el apoyo político en relación con el programa de precalificación, la Organización fue cobrando mayor protagonismo en esta esfera.
- El programa de medicamentos sigue contando con el apoyo de un personal dedicado, compuesto en buena parte por especialistas reconocidos como expertos mundiales en sus respectivos campos. Esto hace que el departamento generalmente logre obtener asesoramiento y asistencia técnica de los expertos más destacados. La prestación de un apoyo permanente a expertos farmacéuticos en las oficinas de país contribuyó a reforzar la función y la capacidad técnica de la OMS a nivel de países y a promover una colaboración sostenida con los Estados Miembros.
- El enfoque de la OMS, que reúne en un solo foro a funcionarios encargados de la salud, del comercio y de las patentes, facilitó la coherencia en los procesos de formulación de políticas y adopción de decisiones seguidos en las esferas interrelacionadas de la salud pública, el comercio y los derechos de propiedad intelectual.

Obstáculos

- La creciente dependencia de los fondos asignados a actividades específicas, incluso en lo que respecta a las funciones normativas mundiales, y la carga adicional conexas que supone la movilización de fondos y la presentación de informes a los donantes, repercutieron negativamente en la consolidación de una plantilla estable y en la planificación a largo plazo, al tiempo que hizo aumentar los gastos generales de gestión. En el futuro, se incluirán en todas las propuestas de financiación líneas presupuestarias específicas para la gestión de programas, la movilización de fondos y la presentación de informes a los donantes, con el fin de sufragar los gastos inherentes a esas funciones esenciales.
- El aumento de la labor relacionada con los medicamentos en todas las esferas centradas en enfermedades, en particular las dedicadas a enfermedades prioritarias como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, lejos de propiciar un enfoque coherente con respecto a los medicamentos en los diferentes departamentos, trajo consigo una reducción de la costoeficacia y la calidad técnica. En consecuencia, se desplegarán esfuerzos específicamente orientados a promover la adopción de un enfoque coordinado y coherente con respecto a las políticas farmacéuticas a nivel de toda la OMS, con énfasis especial en la formulación de normas de calidad uniformes y directrices clínicas basadas en la evidencia en todos los grupos orgánicos.
- Los conocimientos y la concienciación sobre los aspectos relacionados con los derechos de propiedad intelectual y sus implicaciones para la salud pública y el acceso a los medicamentos siguen siendo escasos en muchos países, por lo que será preciso seguir fortaleciendo las capacidades locales en esta esfera.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La demanda de orientación normativa y apoyo técnico de la OMS en relación con los medicamentos supera los recursos humanos y financieros disponibles. Habrá que intensificar las iniciativas de recaudación de fondos, también a nivel regional y de países. En ese sentido, se reforzarán en el bienio 2006-2007 los esfuerzos de sensibilización política sobre los beneficios mundiales de la labor normativa de la OMS, así como las actividades de movilización de fondos.
- Se seguirá reforzando la capacidad de los países para hacerse cargo de la labor relacionada con los medicamentos y se otorgará mayor prioridad a la prestación de apoyo a las estructuras subregionales.
- Con miras a asegurar una colaboración más estrecha con otros programas de la OMS - por ejemplo, con los centrados en el VIH/SIDA, la organización de los servicios de salud, la tuberculosis y la malaria -, y con otros organismos internacionales, tanto a nivel mundial como de países, se intensificarán las actividades de coordinación de las políticas farmacéuticas en toda la OMS y entre los organismos de las Naciones Unidas.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		51 447	16 217	33 739	49 956
Porcentaje	países	15	34	13	20
	regiones	28	24	22	22
	mundo	57	42	65	58

INMUNIZACIÓN Y DESARROLLO DE VACUNAS

Objetivo(s) de la OMS

Conseguir progresos sustanciales en las siguientes esferas: innovación - desarrollo de nuevas vacunas, productos biológicos y técnicas relacionadas con la inmunización, asegurando que los países puedan disponer de ellos a fin de reducir la carga de enfermedades de importancia para la salud pública; sistemas de inmunización - logro de un mayor impacto de los servicios de inmunización como componente de los sistemas asistenciales; control acelerado de las enfermedades - control, eliminación o erradicación de las enfermedades altamente prioritarias de manera tal que la infraestructura sanitaria resulte fortalecida.

Indicadores y logros

- Cobertura de los menores de un año con tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B: Se alcanzó una cobertura del 48% en 192 Estados Miembros.
- Cobertura de los menores de un año con tres dosis de la vacuna contra la difteria-tétanos-tos ferina: Se alcanzó una cobertura del 78% en 192 Estados Miembros.
- Número de casos de poliomielitis notificados a nivel mundial: En 2003-2004 se notificaron 2039 casos.

Logros principales

- En 2005, la Asamblea de la Salud adoptó en su resolución WHA58.15 una nueva estrategia para luchar contra las enfermedades prevenibles mediante vacunas, que cada año se cobran la vida de más de dos millones de personas. La Visión y Estrategia Mundial de Inmunización 2006-2015, formulada conjuntamente por la OMS y el UNICEF, tiene cuatro objetivos principales: inmunizar a un mayor número de personas contra un mayor número de enfermedades; introducir una gran diversidad de vacunas y tecnologías nuevas; integrar la inmunización en otras intervenciones de salud y en los programas de vigilancia; y gestionar los programas y las actividades de vacunación en el contexto de la interdependencia mundial.
- Se lograron progresos importantes en la investigación de vacunas. Entre las nuevas vacunas se encuentran dos vacunas contra rotavirus, dos vacunas contra la meningitis, una vacuna antineumocócica conjugada nonavalente, dos vacunas contra los papilomavirus humanos que protegen contra el cáncer del cuello uterino, una vacuna antipalúdica que proporcionó una protección del 58% frente a los casos graves de la enfermedad en un ensayo clínico de fase II, una vacuna oral contra el cólera que presentó una eficacia protectora cercana al 80% en un entorno con pocos recursos y una vacuna contra la encefalitis japonesa. Además, 10 países en desarrollo prioritarios lograron un notable avance en sus programas de preparación para la vacunación contra el VIH.
- En respuesta a la amenaza de una pandemia, el Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos elaboró un conjunto de nuevas directrices relativas a la producción y el control de la calidad de las vacunas contra una gripe pandémica humana. También aprobó el primer patrón internacional para una prueba genética humana.
- La calidad de las vacunas y la seguridad de la inmunización mejoró. El número de Estados Miembros que emplea vacunas de calidad garantizada pasó a 179 (93%). Además, otros 24 (13%) Estados Miembros empezaron a utilizar jeringas autodestruíbles en sus programas de inmunización sistemática (111 (58%) en total). Se lograron progresos notables: las jeringas autodestruíbles se emplean en el 85% de los países de la Región de África, el 91% (todos menos uno) de los países de la Región de Asia Sudoriental, el 41% de la Región de Europa y el 45% de la Región del Mediterráneo Oriental.
- La puesta en marcha de la estrategia «Llegar a todos los distritos» contribuyó a mejorar la cobertura de vacunación sistemática. A nivel mundial, la cobertura de inmunización con tres dosis de la vacuna contra la difteria-tétanos-tos ferina (DTP3) se mantuvo en el 78%.¹ En la Región de África, la cobertura se incrementó en un 8%, situando el nivel total en el 66%. A finales de 2004, 102 países habían logrado una cobertura de la DTP3 superior al 90%, 80 países habían alcanzado una cobertura de entre el 50% y el 89%, y sólo en 10 países la cobertura se situaba por debajo del 50% (frente a los 20 países en 2000).
- La mortalidad mundial por sarampión se redujo en un 23% desde 2002. El mayor descenso se produjo en la Región de África y del Pacífico Occidental, donde se estima que la mortalidad por sarampión disminuyó en un 32% y un 44%, respectivamente. Los resultados de África tienen un efecto decisivo en las cifras mundiales, ya que en ese continente se produjo más del 50% de las defunciones mundiales por sarampión desde 2002. También se documentó una reducción de la mortalidad por sarampión, con un descenso del 8% en la Región de Asia Sudoriental y del 22% en la Región del Mediterráneo Oriental. La Región de

¹ Las cifras de cobertura de la DTP3 se basan en estimaciones de la OMS y el UNICEF.

Europa registró un descenso del 52%, con menos de 1000 fallecimientos. En la Región de las Américas se mantuvo la interrupción de la transmisión endémica del sarampión, con menos de 100 casos notificados en 2005.

- Si bien no se alcanzó el objetivo mundial de eliminar el tétanos materno y neonatal antes de 2005, se realizaron logros importantes. Así, 26 países emprendieron actividades suplementarias de inmunización con anatoxina tetánica en zonas de alto riesgo, con lo que logró protegerse a más de 17 millones de mujeres en edad fértil mediante la administración de al menos dos dosis del toxoide del tétanos. En Nepal, Rwanda, el Togo y Viet Nam se confirmó que se había logrado eliminar el tétanos materno y neonatal. Ese logro también fue validado en el estado indio de Kerala tras un examen efectuado por un equipo internacional.

Descripción de algunos logros

- Los importantes avances realizados en la eliminación del poliovirus de tipo 2 y de tipo 3 en las zonas que siguen estando afectadas por la poliomielitis propiciaron el desarrollo y la introducción de dos nuevas vacunas. La vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1 y la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 3 (MOPV1 y MOPV3) ofrecen una protección mayor frente a determinados tipos de virus, que la vacuna antipoliomielítica oral trivalente utilizada tradicionalmente. La MOPV1 fue desarrollada en un tiempo récord en 2005 y se utilizó por primera vez en Egipto y la India. Ambas vacunas están ahora disponibles en todos los países. Se prevé que las vacunas orales monovalentes se conviertan en las «bestias de carga» en la última fase de la erradicación mundial de la poliomielitis en 2006. Administrada en este momento en 10 países (Angola, Egipto, Eritrea, Etiopía, India, Indonesia, Pakistán, Somalia, Sudán y Yemen), el uso de la vacuna oral monovalente de tipo 2 se intensificará de forma espectacular en 2006, con el fin de interrumpir con mayor rapidez la transmisión de las cepas de poliovirus salvaje que siguen en circulación.
- Egipto y el Níger lograron detener la transmisión del poliovirus autóctono, con lo que el número de países donde la poliomielitis es endémica pasó de seis a cuatro (Afganistán, India, Nigeria y Pakistán), alcanzando el nivel de infección más bajo de la historia. La mayoría de los países de África y Asia que fueron re infectados durante la epidemia de 2003-2005 volvieron a estar exentos de la enfermedad, y de los ocho países donde todavía hay que atajar la transmisión del virus importado, Somalia es el que plantea los mayores problemas. Esos avances se lograron gracias al rápido desarrollo e introducción de nuevas vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes y a las mejoras introducidas en los programas de erradicación de la poliomielitis para aumentar su calidad y llegar a un mayor número de niños durante las campañas de inmunización suplementaria.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá promovido la investigación y el desarrollo de nuevas vacunas experimentales contra la tuberculosis, el paludismo, la shigelosis y el dengue (en colaboración con el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales), entre otras contra el VIH/SIDA (en colaboración con el ONUSIDA), y se habrá facilitado su evaluación preclínica.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de vacunas experimentales financiadas por la OMS que pasan de la evaluación preclínica a la evaluación clínica, o que avanzan a lo largo de la fase de evaluación clínica	0 de 6	6 de 6	4 de 6
Proporción de la ayuda de la OMS para investigación y desarrollo de vacunas asignada a investigadores de países en desarrollo	40%	50%	50%

En China se concluyeron los ensayos de fase I con una vacuna antipalúdica, y los análisis preliminares mostraron que la vacuna es segura e inmunógena. En la India, se realizaron ensayos de fase I con la vacuna antimeningocócica conjugada de tipo A. En América Latina, se llevaron a cabo ensayos de fase II con una vacuna contra la leishmaniasis. En Australia, la vacuna contra la encefalitis japonesa está siendo objeto de ensayos de fase III. Se pospusieron hasta 2006 dos ensayos con una vacuna en aerosol contra el sarampión, a fin de permitir que haya un amplio diálogo y una mayor coordinación con las regiones (regionalización de las actividades).

Se habrá facilitado la realización de ensayos clínicos (inocuidad, inmunogenicidad y eficacia) con determinadas vacunas nuevas contra el VIH/SIDA, neumococos, meningococos, *E. coli* enterotoxígena, encefalitis japonesa, rotavirus y papilomavirus humano, así como con vacunas dirigidas contra otras enfermedades infecciosas, cuando proceda.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países de ingresos bajos y medianos bajos que han sido los primeros en introducir vacunas, a quienes se les ha proporcionado información para sustentar decisiones basadas en pruebas científicas sobre la introducción de vacunas antineumocócicas, antirrotavirus o contra la infección del papilomavirus humano	0 de 34	6 de 34	6 de 34
Número de países en desarrollo prioritarios que han avanzado en sus programas para preparar la vacunación contra el VIH (planes nacionales, actividades de formación, fortalecimiento de las infraestructuras y/o ensayos clínicos)	0 de 32	10 de 32	10 de 32

Se realizaron estudios de evaluación sobre el grado de seguridad de la dosis neonatal de la vacuna antineumocócica conjugada. En África y Asia concluyeron los ensayos clínicos de la vacuna contra rotavirus. El Programa Africano sobre la Vacuna contra el SIDA facilitó en África la puesta en marcha de ensayos clínicos de la vacuna contra el VIH y siguió prestando apoyo a los países para preparar la realización de los ensayos.

Se habrán promovido estrategias apropiadas para acelerar la introducción de vacunas infrautilizadas, en particular las vacunas contra la hepatitis B y contra Hib, y se habrá prestado apoyo para tales estrategias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de la población menor de un año que vive en países donde se ha introducido la vacuna contra la hepatitis B, y donde se ha introducido la vacuna anti-Hib y existe una carga sustancial de la enfermedad	Cobertura de vacunación del 44% de la población de lactantes con tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B en 192 Estados Miembros	Cobertura de vacunación del 58% de la población de lactantes con tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B en 192 Estados Miembros	Cobertura de vacunación del 48% de la población de lactantes con tres dosis de vacuna contra la hepatitis B en 192 Estados Miembros
	Cobertura de vacunación del 32% de la población de lactantes con tres dosis de la vacuna anti-Hib en 149 Estados Miembros donde existe una carga sustancial de la enfermedad	Cobertura de vacunación del 40% de la población de lactantes con tres dosis de la vacuna anti-Hib en 149 Estados Miembros donde existe una carga sustancial de la enfermedad	Cobertura de vacunación del 43% de la población de lactantes con tres dosis de vacuna anti-Hib en 149 Estados Miembros donde existe una carga sustancial de la enfermedad

La Región del Pacífico Occidental, donde se produce el 40% de las muertes por hepatitis B en el mundo, fue una de las primeras regiones en establecer una fecha límite para el control de la enfermedad. Todos los países de la región excepto uno introdujeron la vacuna contra la hepatitis B en sus programas de inmunización sistemática. Otros 12 (6%) Estados Miembros, entre los que se encuentra la India, incluyeron total o parcialmente la vacuna contra la hepatitis B en los calendarios de vacunación. En total, 153 (80%) Estados Miembros introdujeron la vacuna. Además, ocho (4%) Estados Miembros más introdujeron la vacuna anti-Hib en sus programas de inmunización sistemática, lo que suma un total de 92 (48%) Estados Miembros. Las regiones hicieron un esfuerzo constante por evaluar la carga de morbilidad y la costoeficacia de la introducción de la vacuna contra la hepatitis B y la vacuna anti-Hib. La iniciativa Hib fue puesta en marcha por un consorcio, al que pertenece la OMS, que recibió el mandato de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización.

Se habrán ultimado y promovido pautas actualizadas (o nuevas) sobre la normalización y el control de los productos biológicos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de medicamentos biológicos prioritarios para los que se han iniciado las investigaciones reglamentarias necesarias o para los que existen recomendaciones coherentes con los últimos avances científicos en lo que respecta a su producción y control	Investigaciones reglamentarias de 4 de 14 medicamentos biológicos, recomendaciones sobre 6 de 16 medicamentos biológicos	Investigaciones reglamentarias de 14 medicamentos biológicos, recomendaciones sobre 16 medicamentos biológicos	Investigaciones reglamentarias en curso de 13 de 14 medicamentos biológicos Recomendaciones en curso sobre 15 de 16 medicamentos biológicos

El Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos ultimó y adoptó directrices y recomendaciones relativas a las vacunas de ADN, las vacunas antirrotavirus vivas atenuadas (orales), la vacuna antirrábica inactivada, la vacuna antitosferinosa a base de vibriones enteros y los materiales necesarios para el reactivo de referencia para los anticuerpos de la encefalitis japonesa. Se iniciaron investigaciones reglamentarias de la vacuna BCG. Se ultimaron las directrices relativas a la vacuna contra el dengue y la producción de materiales de referencia internacional. Se está trabajando en métodos moleculares para el control de calidad, las directrices sobre la evaluación de la estabilidad de las vacunas y los sustratos celulares y las normas para la producción de vacunas contra el papilomavirus humano, la encefalitis japonesa y el neumococo. Se están realizando investigaciones reglamentarias de las vacunas contra la tuberculosis y el VIH.

Se habrá prestado apoyo suficiente para aplicar políticas y crear capacidad a fin de asegurar el suministro sostenible y la calidad de todas las vacunas administradas por los servicios nacionales de inmunización.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países donde el sistema nacional de inmunización utiliza sólo vacunas de calidad asegurada (según los criterios de la OMS)	174 (91%) de los 192 Estados Miembros	179 (93%) de los 192 Estados Miembros	179 (93%) Estados Miembros
Porcentaje de países con una partida presupuestaria para vacunas y jeringas	98 (51%) de los 192 Estados Miembros	115 (60%) de los 192 Estados Miembros	105 (55%) Estados Miembros tienen una partida presupuestaria para vacunas y jeringas.

Se formuló y se puso en vigor el proceso revisado de precalificación de vacunas. Se creó la red de reguladores en materia de vacunas de los países en desarrollo, con el fin de proporcionar un foro de debate y una plataforma para la promoción del conocimiento sobre políticas y procedimientos relativos a la evaluación de nuevas vacunas. Se establecieron centros de formación sobre adquisición de vacunas en Letonia, Marruecos y Sri Lanka, y se impartieron 19 cursos sobre gestión, calidad y reglamentación de vacunas internacionales en otros ocho países. En China, la India, Indonesia, la República Islámica del Irán, Tailandia y Viet Nam se celebraron talleres nacionales de formación. Se terminó de examinar la capacidad mundial de producción de vacunas, con el fin de facilitar la formulación de la estrategia de suministro de nuevas vacunas de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (se examinaron 12 vacunas diferentes de 18 productores de nueve países y de cinco empresas multinacionales).

Se habrá prestado apoyo suficiente para crear en los países prioritarios la capacidad requerida a fin de poner en marcha un sistema cabal que garantice la seguridad de las prácticas de inyección de vacunas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países que garantizan el seguimiento de prácticas de inyección de inmunización estériles (según el algoritmo de la OMS)	37 (22%) de 165 países en desarrollo Estados Miembros	132 (80%) de 165 países en desarrollo Estados Miembros	62 (38%) de 165 países en desarrollo Estados Miembros

El Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas celebró cuatro reuniones para examinar cuestiones relativas a la seguridad de las vacunas y las inyecciones. Desde 2001, más de 80 países utilizan un medio estandarizado para determinar la seguridad de las inyecciones. La adquisición de jeringas autodestruibles por el UNICEF pasó de 442 millones en 2003 a más

de 700 millones en 2005. Se efectuaron mejoras notables en el proceso de asesoramiento prestado a los países respecto del comportamiento, la calidad y la seguridad del material de inyección. Se examinaron 72 solicitudes para la aprobación de jeringas, de las que 39 cumplían los requisitos necesarios para su suministro a países a través de organizaciones y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas. Veintitrés (12%) Estados Miembros más, de un total de 131 (68%), informaron sobre la adopción de medidas de vigilancia para detectar cualquier episodio adverso tras la inmunización.

Se habrá proporcionado apoyo técnico y normativo adecuado a los países prioritarios para reforzar las funciones clave de inmunización y la capacidad de gestión a todos los niveles.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países que vigilan la cobertura inmunitaria a nivel de distrito (para todos los antígenos habituales)	150 (78%) de los 192 Estados Miembros vigilan a nivel de distrito la cobertura de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.	163 (85%) de los 192 Estados Miembros vigilan a nivel de distrito la cobertura de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.	152 (79%) Estados Miembros vigilan a nivel de distrito la cobertura de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (vacuna DTP3).

Salvo uno, todos los Estados Miembros presentaron datos de inmunización en 2004 mediante el formulario conjunto de recogida de datos sobre inmunización de la OMS y el UNICEF. En 51 Estados Miembros (27%), todos los distritos alcanzaron una cobertura de la DPT3 del 80%. En la Región de las Américas se llevaron a cabo dos «semanas de vacunación», en que participaron 36 países y se vacunó a 82 millones de personas. La «semana de inmunización» también se puso en marcha de forma experimental en ocho países de la Región de Europa. Se preparó un plan multianual integral, a fin de consolidar todos los planes relacionados con la inmunización elaborados en colaboración con el UNICEF y otros asociados clave. Se publicaron directrices y se organizaron programas de formación en las regiones y en determinados países. En la Región del Mediterráneo Oriental se establecieron redes de vigilancia de la meningitis bacteriana infantil, y de infección por rotavirus en la Región de África y del Mediterráneo Oriental. El mecanismo internacional de financiación de la inmunización formuló y puso en marcha una estrategia innovadora para obtener fondos. Se obtuvieron entre US\$ 4000 y US\$ 8000 millones, que se utilizarán para aumentar el acceso a las vacunas existentes y acelerar la introducción de nuevas vacunas.

Se habrá proporcionado coordinación y apoyo eficaces para conseguir erradicar la poliomielitis y certificar la desaparición de esta enfermedad en todas las regiones de la OMS.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Numero de regiones de la OMS certificadas como libres de la poliomielitis	Tres de las seis regiones de la OMS	Tres de las seis regiones de la OMS	Tres de las seis regiones de la OMS

Los Ministros de Salud de los países que siguen afectados por la poliomielitis firmaron la Declaración de Ginebra sobre la Erradicación de la Poliomielitis en enero de 2004, comprometiéndose a intensificar y llevar a buen fin las actividades de erradicación en todo el mundo. Se puso en marcha el plan estratégico 2004-2008 para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Más de 25 países de África, Oriente Medio y Asia reanudaron sus programas de inmunización general contra la poliomielitis, con el fin de detener o impedir una mayor propagación nacional e internacional de una epidemia que afecta a varios países y tuvo su origen en el norte de Nigeria.

Pese al notable aumento de los costos, se redujo el déficit de financiación para las actividades de 2004-2005. La Región de Europa fue la primera en concluir la fase inicial del confinamiento del poliovirus en laboratorio. Se publicó un documento que propone un marco de actuación destinado a los responsables políticos nacionales de los países donde se administran vacunas orales antipoliomielíticas de forma sistemática.¹ Se creó el Comité Consultivo sobre la Erradicación de la Poliomielitis para orientar las actividades de erradicación en su fase final.

La infraestructura para la erradicación de la poliomielitis fue utilizada para responder a emergencias sanitarias y humanitarias en todo el mundo, como el maremoto de Asia meridional, el terremoto del Pakistán y los brotes de gripe aviar y de fiebre hemorrágica de Marburgo.

¹ *Framework for national policy-makers in OPV-using countries: cessation of routine oral polio vaccine (OPV) use after global polio eradication.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

Se habrá prestado apoyo suficiente para crear capacidad orientada a la aplicación de estrategias de control y eliminación de las principales enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países destinatarios que aplican sistemáticamente estrategias de eliminación del tétanos materno y neonatal	29 (51%) de los 57 Estados Miembros prioritarios	45 (76%) de los 58 Estados Miembros prioritarios	43 (74%) de los 58 Estados Miembros que no lograron eliminar el tétanos materno y neonatal (el denominador incluye a Timor-Leste) han puesto en marcha estrategias para conseguirlo.
Porcentaje de países endémicos que incluyen la vacuna antiamparilica en la inmunización sistemática contra el sarampión	29 (74%) de los 39 países destinatarios	33 (85%) de los 39 países destinatarios	33 (85%) de los 39 países destinatarios incluyen la vacuna antiamparilica en la inmunización sistemática contra el sarampión.

Cuatro Estados Miembros más lograron eliminar el tétanos materno y neonatal (en total 9 de los 58 Estados Miembros prioritarios). En el Afganistán se realizó un estudio para evaluar la incidencia inicial del tétanos neonatal. Varias evaluaciones previstas del tétanos neonatal fueron pospuestas debido a factores externos o a un avance más lento de lo previsto en la ejecución del programa. La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización aprobó una inversión total de US\$ 62 millones, que se destinarán a vacunas y programas de inmunización contra el tétanos materno y neonatal. La Alianza Mundial ha asignado US\$ 58 millones para luchar contra la reaparición de la fiebre amarilla en África Occidental.

Se habrá prestado apoyo suficiente para la aplicación de estrategias orientadas a lograr una reducción sostenible de la mortalidad por sarampión e interrumpir su transmisión en las zonas donde se han fijado metas para eliminarlo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de la población menor de un año que vive en países donde se están aplicando estrategias de reducción sostenible de la mortalidad por sarampión o de eliminación de esta enfermedad	El 59% de la población menor de un año vive en uno de los 163 Estados Miembros que ofrecen una segunda oportunidad para que la población infantil pueda ser inmunizada contra el sarampión.	El 72% de la población menor de un año vive en uno de los 187 Estados Miembros que ofrecen una segunda oportunidad para que la población infantil pueda ser inmunizada contra el sarampión.	El 64% de la población menor de un año vive en uno de los 168 Estados Miembros que ofrecen una segunda oportunidad para que la población infantil pueda ser inmunizada contra el sarampión.

Ciento sesenta y ocho (88%) Estados Miembros ofrecen una segunda oportunidad para que la población infantil sea inmunizada contra el sarampión. Diez (5%) Estados Miembros más pusieron en marcha la estrategia integral de la OMS y el UNICEF para la reducción sostenible de la mortalidad por sarampión (145 (76%) en total). La India, Nigeria y el Pakistán siguen presentando los mayores problemas. Se realizaron progresos en la ampliación de la red de laboratorios del sarampión y la rubéola y en su integración con las redes de otras enfermedades (un total de 700 laboratorios para el sarampión en 161 países). El 93% de los 116 laboratorios que participan superaron la prueba de competencia en 2005. La Región de Europa incluyó la eliminación de la rubéola entre los objetivos de su plan estratégico regional. Ciento dieciocho (61%) Estados Miembros incorporaron la vacuna contra la rubéola en sus programas de inmunización sistemática (en un país sólo se hizo de forma parcial).

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Es esencial mantener una alta competencia técnica a la hora de prestar apoyo a las regiones y los países para que éstos puedan dotarse de medios.
- Es esencial mantener una estrecha colaboración entre las oficinas de la OMS y contar con una participación eficaz de los homólogos nacionales. La coordinación entre los programas, los laboratorios y todas las partes interesadas de los países fue crucial para hacer un diagnóstico precoz, y combatir la importación y los brotes de poliomielitis.

- El mayor compromiso político de muchos Estados Miembros contribuyó a que los países avanzaran hacia la consecución de los objetivos de inmunización.
- El constante apoyo prestado a todos los niveles por los asociados a las principales iniciativas sigue siendo un factor clave para lograr los objetivos de erradicación y eliminación.
- La mejora significativa de las actividades de inmunización al margen de las iniciativas, derivada de una mayor colaboración y apoyo de los asociados.

Obstáculos

- El desfase entre los recursos necesarios y los disponibles sigue aumentando a todos los niveles, en especial en lo que respecta a la introducción de nuevas vacunas, la calidad de las vacunas y las actividades de reglamentación, el fortalecimiento de la vigilancia y el control y la eliminación de nuevas enfermedades.
- La existencia de prioridades concurrentes entre distintos programas en un contexto en que los recursos son limitados convierte la inmunización y el desarrollo de vacunas en actividades vulnerables.
- La falta de recursos humanos, la elevada rotación de personal y la existencia de una capacidad técnica y de gestión relativamente deficiente a nivel nacional y distrital en algunos países siguen siendo problemas importantes.
- Es necesario mejorar algunas funciones relativas al apoyo gubernamental.
- En algunos Estados Miembros, el reducido gasto por habitante en salud pública, junto con una gran dependencia del exterior sigue siendo un obstáculo.
- La falta de vacunas y los elevados precios de las vacunas nuevas afectan negativamente los esfuerzos realizados por aumentar la cobertura de vacunación.
- La inseguridad en algunos países y en determinadas zonas hace que sea necesario interrumpir las actividades de vacunación en momentos decisivos, y limita el acceso a la vacunación y la cobertura de inmunización.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es indispensable dotarse de estrategias y políticas claras y eficaces. La introducción de la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización y la formulación de planes estratégicos regionales y de planes generales multianuales nacionales dará lugar a una mejora global.
- La planificación conjunta y la estrecha coordinación entre la Sede y las oficinas regionales ha facilitado la ejecución de las actividades, y ello debe mantenerse.
- La estrategia «Llegar a todos los distritos» ha contribuido a mejorar la cobertura de inmunización sistemática, y ha de seguir aplicándose.
- Hay que mantener la calidad y la sensibilidad de la vigilancia al más alto nivel posible para poder adoptar decisiones bien fundadas, facilitar la detección precoz de situaciones problemáticas y responder frente a éstas en el momento oportuno.
- Es necesaria una estrategia eficaz para la movilización de recursos, con el fin de garantizar el acceso a fuentes financieras adecuadas y perdurables. Es preciso examinar la posibilidad de ampliar la cooperación con los asociados y los donantes existentes, y de contar con la participación activa de nuevos asociados y donantes, en particular en los países.
- Es esencial que haya una labor eficaz de sensibilización y comunicación para alcanzar los objetivos mundiales de inmunización. Cabe, pues, mejorar la estrategia y aumentar los recursos para esa área de trabajo.
- La falta de recursos y de capacidad técnica y de gestión en los países y los distritos sigue siendo un problema. Siempre que sea posible, hay que intensificar el apoyo a los países para que puedan desarrollar su capacidad, mediante la formación, y la supervisión y el asesoramiento periódicos.
- La infraestructura creada en el marco de la iniciativa para la erradicación de la poliomielitis puede utilizarse con más eficacia para dar apoyo a otras iniciativas de control y eliminación de enfermedades. La participación y la integración con otros sistemas de atención de salud serían beneficiosas.
- El trabajo preliminar para introducir nuevas vacunas y vacunas infrautilizadas, e integrar la inmunización con otras intervenciones requiere una primera fase de planificación y una supervisión continua, que faciliten la aplicación posterior de las actividades.
- Hay que garantizar la disponibilidad de las vacunas a fin de seguir aumentando la cobertura de inmunización.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		437 146	16 431	671 824	688 255
Porcentaje	países	63	27	49	49
	regiones	21	26	38	38
	mundo	16	47	13	13

SEGURIDAD DE LA SANGRE Y TECNOLOGÍA CLÍNICA

Objetivo(s) de la OMS

Velar por que los Estados Miembros dispongan de medios suficientes para formular, aplicar y supervisar las políticas nacionales; mejorar el acceso a la sangre, los productos sanguíneos y las tecnologías de salud, y velar por que esas tecnologías sean seguras y de calidad probada, y se empleen correctamente.

Indicadores y logros

Número de países que apliquen políticas, programas y planes eficaces para proporcionar sangre, productos sanguíneos, inyecciones y dispositivos y procedimientos médicos seguros, así como para garantizar la idoneidad de su uso. Ciento sesenta y dos países informaron de que habían elaborado o aplicado políticas, programas y planes eficaces para garantizar el suministro de productos sanguíneos seguros.

Logros principales

- Se reforzaron la colaboración y las alianzas con organizaciones interesadas en la seguridad de la sangre a nivel mundial y se amplió la red gracias a la iniciativa Colaboración mundial en favor de la seguridad de la sangre. La OMS organizó un foro de planificadores de políticas sanitarias de alto nivel en el que se preparó una declaración de consenso sobre formulación de políticas adecuadas para la disponibilidad y la seguridad de la sangre.
- Se proporcionó apoyo técnico a Bhután, Brunei Darussalam, Camboya, China, Etiopía, Fiji, Filipinas, Haití, Indonesia, Lesotho, Malí, Namibia, la República Democrática Popular Lao, Rwanda, Sri Lanka, la República Unida de Tanzania y Viet Nam para establecer programas hematológicos nacionales basados en políticas y planes nacionales en materia de sangre bien formulados. La información generada por la base mundial de datos sobre seguridad de la sangre 2001-2002 se utilizó para determinar las necesidades de los países y robustecer los servicios de transfusión sanguínea.
- La OMS ha desempeñado un papel catalítico en la movilización de recursos destinados a reforzar los servicios nacionales de transfusión sanguínea de Bangladesh, Camboya, Etiopía, Haití, Indonesia, Namibia, la República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka y Timor-Leste, a través del Gobierno de Luxemburgo, la Unión Europea, el Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Banco Japonés de Cooperación Internacional y el Plan de Urgencia para el Alivio del SIDA del Presidente de los Estados Unidos de América. Se prestó asistencia técnica para fortalecer los servicios de transfusión sanguínea, en particular a los países que están saliendo de situaciones de desastre complejas, como el Afganistán y el Iraq.
- Se reforzó la capacidad para atraer a donantes voluntarios, en colaboración con la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, con cursos de capacitación en cascada organizados en más de 60 países y a los que asistieron más de 180 participantes; se proporcionó formación en el mantenimiento de la cadena de frío de la sangre a más de 90 participantes de 40 países, con el apoyo del Gobierno de Luxemburgo; se ofreció capacitación en gestión permanente de la calidad en ocho cursos de formación regional o nacional; se formó a 20 auditores de calidad de 15 países; se realizaron visitas de seguimiento y se fortalecieron los sistemas de calidad de los programas de transfusión sanguínea de 25 países; se organizaron cursos regionales avanzados de formación en gestión de la calidad de los servicios de transfusión sanguínea, que contaron con 24 participantes de 11 países, y se formó a 178 personas de 14 países en el establecimiento de procedimientos adecuados y seguros de transfusión sanguínea.
- El equipo encargado de los procedimientos clínicos, creado recientemente, consolidó la labor relativa a la atención de urgencia y quirúrgica esencial en los hospitales de referencia de primer nivel y preparó un conjunto de medidas de gestión integrada para los planificadores de políticas y los proveedores de atención. También elaboró un método normalizado y costoeficaz para la creación de capacidad en los países mediante la cooperación entre las autoridades sanitarias y las organizaciones no gubernamentales. Asimismo, se inició la labor destinada a establecer una iniciativa mundial para la atención de urgencia y quirúrgica esencial, en vista del creciente reconocimiento del impacto de ésta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6.
- Se mejoró la respuesta a los desastres gracias a la colaboración para mejorar la capacitación de los proveedores de asistencia sanitaria en atención de urgencia y quirúrgica esencial, el uso adecuado de la sangre y la elaboración de directrices adaptadas a las necesidades locales. Tras los terremotos y los maremotos de diciembre de 2004 se puso en marcha en Sri Lanka, con la colaboración del Banco Mundial, un proyecto unificado de tecnología de la información y las comunicaciones.
- En cumplimiento de la resolución WHA57.18 sobre el trasplante de órganos y tejidos humanos, se inició la labor destinada a garantizar la realización de trasplantes adecuados, seguros y eficaces, teniendo debidamente en cuenta la dignidad de los donantes y los receptores.

- Se brindó apoyo para evaluar la situación en cuanto a la seguridad de las inyecciones, formular políticas y adoptar diversos programas de intervención para mejorar la seguridad de las inyecciones y el control conexo de las infecciones. Se realizaron evaluaciones en Camboya, China, Fiji, Kiribati, Mongolia, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam. La OMS colaboró con la industria y con asociados para diseñar un sistema mejorado de precalificación de material de inyección, teniendo en cuenta el éxito del sistema de hojas de información sobre equipo y material de inmunización, puesto en marcha hace 25 años. Las normas de eficacia, calidad y seguridad dictadas conjuntamente por la OMS y el UNICEF para la precalificación de jeringas autodestruibles para la inmunización y de sistemas que impidan la reutilización de dispositivos curativos empezaron a aplicarse en junio de 2005. Al 30 de julio de 2005 se habían examinado más de 70 expedientes de productos sobre seguridad de las inyecciones y aprobado 39 productos (a tiempo para la presentación de licitaciones a la División del Suministros del UNICEF). La autofinanciación del sistema comienza con el cobro de honorarios por el examen de los expedientes.

Descripción de algunos logros

- En virtud de la resolución WHA58.13 se estableció la celebración anual del Día Mundial del Donante de Sangre el 14 de junio. En 2004 más de 75 países conmemoraron el evento y en 2005, más de 90.
- Se determinaron los requisitos mínimos para garantizar la seguridad de las células y tejidos humanos esenciales para trasplantes. Asimismo, se reforzó la preparación en procedimientos de atención de urgencia y quirúrgica esencial de los dispensadores de salud de centros sanitarios de referencia de primer nivel mediante la organización de talleres de formación en Etiopía, Ghana, Kirguistán, Maldivas, Mongolia, Mozambique, el Pakistán y Viet Nam.
- Se ofreció orientación técnica sobre tecnología de diagnóstico y de laboratorio para fortalecer la capacidad de los países para regular y vigilar la calidad de los diagnósticos, en particular de las pruebas de VIH. Éste es un aspecto importante habida cuenta de la cantidad de kits de prueba que se producen en China. Una misión integrada por múltiples colaboradores en representación de la OMS, el UNICEF, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Iniciativa VIH/SIDA de la Fundación Clinton y un representante del Ministerio de Salud de China hicieron aportaciones técnicas para establecer un criterio nacional para expandir la prevención, el tratamiento y la atención del VIH en adultos y lactantes; la OMS proporcionó apoyo logístico para la formulación de pautas sobre técnicas de diagnóstico y de laboratorio.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá proporcionado apoyo a los países para formular y aplicar políticas nacionales concernientes a la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos, las inyecciones y los dispositivos médicos, y los servicios de laboratorio y diagnóstico, y hacer un seguimiento de las repercusiones de dichas políticas.

Se habrán reforzado las colaboraciones y las alianzas mundiales para mejorar el acceso a la sangre y a tecnologías clínicas seguras.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Porcentaje de países destinatarios que disponen de políticas eficaces y del marco legislativo necesario para velar por la utilización segura y apropiada de la sangre, los productos sanguíneos, las inyecciones y los dispositivos médicos, así como de los servicios de laboratorio y diagnóstico	Según los datos correspondientes a 2002, 145 países han elaborado o aplicado una política nacional relativa a la sangre	Otros 24 países habrán informado de que han establecido una política nacional relativa a la sangre	Otros 17 países
Número de colaboraciones y alianzas mundiales efectivas para mejorar la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos, las inyecciones y los dispositivos y procedimientos médicos	10 reuniones, cursos de formación y desarrollo de material	20 iniciativas de colaboración adicionales	20 iniciativas de colaboración adicionales

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
	No existe colaboración a nivel mundial en el ámbito de los procedimientos de atención de urgencia y quirúrgica esencial	Celebración de 1 reunión con miras a la adopción de una iniciativa mundial sobre atención de urgencia y quirúrgica esencial, organización de actividades de capacitación en los países y desarrollo de instrumentos	1 reunión con miras a la adopción de una iniciativa mundial

En relación con la tecnología de diagnóstico y de laboratorio, se intensificó la colaboración con asociados clave, como el ONUSIDA, el UNICEF, el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Médecins Sans Frontières, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Iniciativa VIH/SIDA de la Fundación Clinton, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, radicados en Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América), la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y la Asociación Mundial de Sociedades de Patología y Medicina Laboratorial. Se celebraron al menos cinco reuniones con la mayoría de esos asociados.

La OMS contribuyó a establecer la Asociación Internacional en favor de las Tecnologías de Inyección Seguras y un grupo de trabajo de la Organización Internacional de Normalización encargado de las nuevas normas sobre material de inyección seguro.

En Viet Nam, se crearon unidades de gestión de proyectos, con su personal correspondiente, y se proporcionó apoyo técnico de diverso tipo para la ejecución del proyecto de centro regional de transfusión sanguínea. También se prestó apoyo para: fortalecer los servicios nacionales de transfusión sanguínea de Bhután, Indonesia, la República Democrática Popular Lao y Sri Lanka; preparar un marco para llevar a cabo la reforma de los servicios de transfusión sanguínea (con fondos de diversas fuentes), y establecer y aplicar una política en materia de servicios nacionales coordinados de transfusión sanguínea en Brunei Darussalam, China, Fiji y Filipinas. En nueve Estados Miembros de la Región de Europa se llevaron a cabo análisis de las políticas nacionales. Tres Estados Miembros formularon un proyecto de política relativa a la sangre. Bangladesh, la India, Nepal y Tailandia cuentan ya con políticas de ese tipo.

Se habrá proporcionado orientación en materia de gestión de las adquisiciones y aumento de la capacidad para comprar equipo básico, tecnología de diagnóstico, inyecciones y dispositivos médicos.

Se habrá promovido y mejorado el acceso a nuevas tecnologías apropiadas para situaciones en que los recursos sean limitados.

Se habrá proporcionado orientación en materia de captación de donantes y gestión de las existencias.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Divulgación de directrices sobre gestión de adquisiciones	Disponibles en 5 países	Lograr que estén disponibles en 8 países	Todos los Estados Miembros pueden consultar en línea las normas de precalificación de material de inyección.
Porcentaje de ahorros efectuados mediante compras en grandes cantidades	30% a 50%	50%	Entre un 50% y un 77%
Número de nuevas tecnologías apoyadas	1: escala colorimétrica para hemoglobina	1 nueva: promoción del uso de la caja para la cadena de frío de la sangre al menos en 1 país en cada una de las 6 regiones	Se celebraron talleres sobre el uso seguro de la cadena de frío de la sangre en 3 países.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
	Atención quirúrgica de urgencia y servicios de hospital de distrito disponibles en todas las regiones Inexistencia de equipo de rayos X digital asequible	Preparar un nuevo kit de instrumentos de gestión integrada Asegurar la disponibilidad de 1 sistema para todos los Estados Miembros	4 países utilizaron el nuevo kit de instrumentos de la OMS para una gestión integrada de la atención de urgencia y quirúrgica esencial y lo incorporaron en los programas de formación teórica y práctica. Se aseguró la disponibilidad de 1 sistema para todos los Estados Miembros.
Porcentaje de países destinatarios con sistemas documentados de captación de donantes de sangre y gestión de existencias	39 países	45 países	45 países

Las normas de precalificación de material de inyección se publicaron en línea, se difundieron a través de los contactos regionales, se utilizaron en la Región de Asia Sudoriental para respaldar la licitación del Gobierno de la India y se emplearon en la preparación de los pliegos de condiciones de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se promovió el material de inyección que no puede ser reutilizado mediante la creación de una norma ISO y la precalificación de ese material por la OMS.

Mejoró el acceso a buenos medios de diagnóstico precalificados a precios reducidos gracias al plan de adquisiciones en grandes cantidades de las Naciones Unidas. En 2004, la OMS y el UNICEF facilitaron la compra de unos 2,6 millones de kits de prueba del VIH. La OMS proporciona orientación técnica y retroinformación en esta esfera a todos los organismos de las Naciones Unidas.

En virtud de la resolución WHA58.13 se estableció la celebración anual del Día Mundial del Donante de Sangre el 14 de junio. En 2004 más de 75 países conmemoraron el evento y en 2005, más de 90. Se prestó apoyo a Camboya, Filipinas y la República Democrática Popular Lao para organizar las conmemoraciones de ese día; además, se organizaron un taller regional y tres nacionales de formación de instructores en captación de donantes de sangre. También se impartió formación en China a nivel provincial. Vanuatu recibió apoyo para desarrollar su programa de captación de donantes voluntarios de sangre.

Se habrán elaborado y promovido normas, pautas, procedimientos y preparaciones biológicas de referencia para los productos sanguíneos y las sustancias biológicas relacionadas, así como para los procedimientos de diagnóstico *in vitro*.

Se habrá proporcionado apoyo para fortalecer la capacidad de los organismos nacionales de reglamentación.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios con autoridades competentes encargadas de controlar los productos sanguíneos y las sustancias biológicas relacionadas, así como los procedimientos de diagnóstico <i>in vitro</i> y los dispositivos y procedimientos médicos	85 patrones mundiales de medición ya establecidos 0 en la esfera de los procedimientos clínicos y quirúrgicos	8 patrones nuevos o de sustitución establecidos y 2 nuevos documentos de orientación 1 documento de orientación estándar para la creación de capacidad	Se crearon o se consideró crear órganos nacionales encargados de establecer metodologías en 8 países de Europa central y oriental. 8 países establecieron órganos nacionales para utilizar las mejores prácticas de atención de urgencia y quirúrgica esencial en una metodología de formación normalizada.
Número de preparaciones biológicas de referencia internacional de la OMS producidas y promovidas	0	Prestar apoyo al menos a 10 organismos nacionales de reglamentación	Se difundieron las directrices de la OMS a organismos homólogos de 52 Estados Miembros.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

La seguridad y eficacia de los productos sanguíneos y los procedimientos conexos de diagnóstico *in vitro* dependen de la existencia de sistemas validados de garantía de la calidad. Los organismos nacionales de reglamentación y los fabricantes de los Estados Miembros se enfrentan a dos retos para garantizar la calidad y la seguridad de esos productos: el riesgo de contaminación por patógenos transmisibles por la sangre y las dificultades para validar sistemas de garantía de la calidad debido a la variabilidad inherente a los productos biológicos.

Se habrá proporcionado apoyo técnico y normativo adecuado para la validación de nuevos instrumentos y estrategias concernientes a la seguridad de la sangre, el apoyo de diagnóstico, las inyecciones y los dispositivos médicos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de nuevos instrumentos y estrategias validados	0	12	12
Número de países y asociados que utilizan información y directrices técnicas	0	16	22 países. Se organizaron varias actividades de promoción, en las que se dieron a conocer a los países nuevas directrices y recomendaciones y se transmitió información técnica.

Se elaboró un proyecto de directrices - que se está examinando - para la precalificación de tecnologías relacionadas con el VIH/SIDA, como las pruebas de detección del VIH y las pruebas de recuento de linfocitos CD4 y de determinación de la carga vírica; también se preparó una declaración sobre el diagnóstico precoz de la infección por VIH en los lactantes expuestos a contraer el virus.

Se prepararon y distribuyeron a todas las regiones una guía sobre selección y adquisiciones y un manual de gestión, mantenimiento y uso de equipo de cadena de frío de la sangre. En China y Singapur se evaluó un módulo estructurado de formación de instructores, desarrollado por la OMS y la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, para la capacitación en cascada de captadores de donantes de sangre. Asimismo, se publicaron directrices de la OMS sobre el establecimiento de planes de evaluación externa de la calidad para uso en la determinación de grupos sanguíneos.¹ Actualmente existe una versión en francés y se está preparando una en chino.

Se habrán fortalecido los sistemas de gestión de la calidad, y se habrán promovido planes de evaluación externa de la calidad de los servicios de laboratorio y transfusión de sangre.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de países destinatarios que han aplicado sistemas de gestión de la calidad en los servicios de laboratorio y transfusión sanguínea	40 laboratorios nacionales de referencia y servicios de transfusión sanguínea	60	60
Desempeño y número de servicios de laboratorio y transfusión sanguínea que participan en planes de evaluación externa de la calidad	Un 60% presenta un desempeño aceptable	Llegar a un 65%	75%

Con más de 100 gestores con un alto nivel de formación profesional, los laboratorios nacionales de referencia y los servicios de transfusión sanguínea utilizaron sistemas mejorados de gestión de la calidad. Se proporcionó capacitación y apoyo técnico a los países para que reforzaran su capacidad de gestión de la calidad y pudieran establecer sistemas de calidad en los servicios de transfusión sanguínea. Se preparó un juego de instrumentos para facilitadores de actividades de formación en gestión de la calidad, suministrado con un CD-ROM interactivo, y se desarrollaron redes de calidad eficaces y boletines de redes de calidad. Asimismo, se organizó un curso de formación avanzada en gestión de la calidad de los servicios de transfusión sanguínea, que contó con la participación de 24 personas de 11 países. En la Región de Europa se celebraron cuatro cursos de capacitación en gestión de la calidad, en los que se formó a más de 80 profesionales. Se proporcionó apoyo a seis países para organizar cursos nacionales

¹ *External quality assessment of transfusion laboratory practice: guidelines establishing an EQA scheme in blood group serology.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

de formación en gestión de la calidad; 18 países iniciaron el proceso de gestión de la calidad de los servicios de transfusión sanguínea; expertos en gestión de la calidad realizaron visitas de seguimiento en Mongolia, Papua Nueva Guinea y la República Democrática Popular Lao. Se ayudó a 17 países a mejorar sus programas nacionales relativos a los planes de evaluación externa de la calidad y se prestó apoyo técnico en relación con los planes de evaluación de la calidad de la serología de grupos sanguíneos; asimismo, en la Región del Pacífico Occidental se organizó un taller sobre la mejora de la seguridad de la sangre y los servicios de laboratorio, al que asistieron 21 personas de 13 países.

Se proporcionaron planes de evaluación externa de la calidad para toda una serie de marcadores de laboratorio, en particular de las infecciones por el VIH y los virus de la hepatitis B y C, y para pruebas de inmunofenotipificación de CD4, hematología, parasitología, química clínica y coagulación. En general, el desempeño de los laboratorios mejoró después de que se les hicieran tres entregas consecutivas de material para la evaluación externa de la calidad. En la mayoría de las regiones de la OMS empezaron a funcionar centros de excelencia regionales, que prestaron apoyo a los laboratorios cuyo desempeño no era satisfactorio. Se distribuyeron directrices para garantizar una buena práctica de laboratorio, notas de información técnica y pautas de mantenimiento de las pruebas básicas de laboratorio a nivel de distrito. Se están preparando traducciones a los idiomas oficiales de la OMS distintos del inglés.

Se habrá proporcionado apoyo técnico para fortalecer la capacidad con miras a mejorar la utilización apropiada, segura y eficiente de tratamientos por transfusión, inyecciones, imaginología de diagnóstico, radioterapia, servicios de laboratorio y diagnósticos, y dispositivos y procedimientos médicos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de países que utilizan material didáctico, directrices y recomendaciones de la OMS para fortalecer la capacidad en materia de imaginología de diagnóstico y prácticas radioterapéuticas, mantenimiento de equipos y gestión de residuos, transfusión sanguínea y servicios de laboratorio y diagnóstico y procedimientos de emergencia y quirúrgicos	0	12	35 países
Proporción de países destinatarios con utilización segura y apropiada de sangre y productos sanguíneos documentada	10	15	15 países
Proporción de países destinatarios que aplican prácticas para la utilización segura y apropiada de inyecciones	0	2	19 países

Se proporcionó apoyo para fortalecer la capacidad relacionada con el uso clínico de la sangre y garantizar el empleo adecuado, seguro y costoeficaz del tratamiento por transfusión. Se celebró un taller interpaíses para crear mecanismos destinados a asegurar el empleo seguro y adecuado de la sangre, en el que participaron 28 personas de 10 países. Asimismo, se ayudó a Papua Nueva Guinea a establecer directrices nacionales sobre el uso clínico de la sangre y evaluar los servicios de imaginología de diagnóstico de todo el país, y se prestó apoyo a la República Popular Democrática de Corea para evaluar los servicios de imaginología de diagnóstico y determinar las medidas necesarias para mejorarlos. En el Camerún se creó un nuevo centro de excelencia para la formación teórica y práctica en imaginología de diagnóstico.

Se celebraron talleres regionales en todas las regiones para probar y examinar material de formación en pruebas rápidas de detección del VIH y de recuento de linfocitos CD4+. Varios países están desarrollando ahora sus propios planes de ejecución. Los manuales y el material de formación se están traduciendo a otros idiomas.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Las autoridades nacionales han venido mostrando un interés y compromiso crecientes por mejorar la seguridad de la sangre.
- La presencia de la OMS en los países en un momento de fuerte voluntad política permitió que la Organización desempeñara una función de orientación normativa más importante.

- El aumento del intercambio de información y el establecimiento de redes entre profesionales e instituciones en esta esfera, a nivel mundial, entre países y nacional, y la toma de conciencia, el interés y el apoyo mayores por parte de las autoridades nacionales y los asociados mundiales dio lugar a la creación de iniciativas mundiales (sobre procedimientos de atención quirúrgica, por ejemplo) y centros de excelencia (para la imaginología de diagnóstico).
- Los eventos como el Día Mundial del Donante de Sangre aumentaron la visibilidad y promovieron la sensibilización con respecto a las donaciones de sangre, la necesidad de adoptar medidas y la función de la OMS.
- Las continuas actividades de promoción, comunicación y establecimiento de redes con gobiernos y otros asociados, así como la colaboración permanente con organismos científicos y profesionales permitieron mejorar las referencias de prácticas mundiales; por ejemplo, la colaboración con la Sociedad de Trasplante llevó a un consenso mundial sobre la atención de los donantes vivos de riñones.
- Se prepararon manuales de capacitación práctica.
- Se probó con éxito el primer sistema de radiografía computadorizada de bajo coste.
- El compromiso de los países de proporcionar terapia antirretroviral con medicamentos genéricos puso de relieve la necesidad de fortalecer la infraestructura de los laboratorios.

Obstáculos

- A pesar de la constante preocupación por la seguridad de la sangre en el mundo entero, esta área se vio afectada por una gran escasez de recursos humanos y por la falta de financiación estable para alcanzar las metas fijadas y los resultados previstos a nivel mundial, regional y nacional, así como para llevar un seguimiento adecuado de las actividades.
- A nivel nacional, la debilidad de las infraestructuras constituyó un importante obstáculo para aplicar los sistemas de calidad en los servicios de transfusión sanguínea.
- Las complejidades políticas y legales que entraña la reforma de los actuales sistemas de gestión de la sangre retrasaron los progresos en algunos países.
- La promulgación de leyes en materia de trasplantes se retrasó en algunos países en los que ha surgido una lucrativa industria del turismo de trasplantes.
- A nivel de los países, la inestabilidad de los mecanismos de adopción de decisiones tuvo una repercusión directa en el reconocimiento de los homólogos nacionales que se ocupan de la seguridad de la sangre.
- Se observó una falta de sistemas validados de acopio y gestión de datos (registros y bases de datos) sobre seguridad de la sangre a nivel nacional.
- La infraestructura para aplicar los sistemas de calidad en los laboratorios de salud pública era deficiente. El seguimiento en laboratorio de la terapia antirretroviral es una actividad nueva que requiere equipo sofisticado y mano de obra especializada. Además, los diversos aspectos relacionados con los laboratorios se abordan en programas distintos de la OMS.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La creación de sinergias con las partes interesadas a nivel internacional será de utilidad para las actividades conjuntas y evitará la duplicación de tareas y el derroche de recursos. Así pues, en 2006-2007 se harán esfuerzos por desarrollar y llevar a cabo actividades conjuntas con organizaciones no gubernamentales.
- Las campañas mundiales, como el Día Mundial del Donante de Sangre, constituyen una estrategia eficiente y costoeficaz para promover la toma de conciencia y mantener el impulso del programa sobre seguridad de la sangre. El uso constructivo de las oportunidades que ofrecen los medios de comunicación durante esos importantes eventos organizados por la OMS, como el citado Día Mundial del Donante de Sangre y el Día de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, permitirá que progrese la labor de la Organización.
- La transparencia de las actividades de trasplante fomenta la confianza y promueve las donaciones seguras. También sirve para desalentar la explotación de las poblaciones pobres y vulnerables con el turismo de trasplantes y el tráfico de material de trasplante humano. En 2006-2007, se animará a los Estados Miembros a garantizar la transparencia de las actividades de trasplante, pues éste es un requisito clave para que dichas actividades se realicen de forma segura, eficaz y ética.
- Es necesaria una mayor supervisión de los homólogos nacionales, a los que también hay que dar más apoyo para garantizar la coherencia de la prestación de servicios a nivel local y nacional. Por lo tanto, se llevarán a cabo intervenciones efectivas de vigilancia y evaluación para prestar apoyo a los homólogos en el próximo bienio.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Un requisito fundamental para contar con una financiación estable para aplicar el plan de trabajo es aumentar la visibilidad del programa de seguridad de la sangre. Se dará mayor relevancia a las actividades de promoción mediante el establecimiento de alianzas internacionales, la creación de redes y la colaboración.
- Los programas de la OMS relacionados con la seguridad de la sangre, los laboratorios, la seguridad de inyecciones y los procedimientos clínicos deben vincularse con los programas de lucha contra enfermedades, como los relativos al VIH/SIDA. Sin embargo, a la hora de desarrollar y ejecutar programas se deberá tener siempre en cuenta la necesidad de que los sistemas garanticen mejoras sostenibles.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		24 635	12 980	9 248	22 228
Porcentaje	países	30	35	20	29
	regiones	19	25	21	23
	mundo	51	40	59	48

PRUEBAS CIENTÍFICAS PARA LAS POLÍTICAS DE SALUD

Objetivo(s) de la OMS

Mejorar el desempeño de los sistemas de salud mediante la producción y difusión de evidencia, crear capacidad para utilizar esa evidencia, y respaldar el diálogo nacional e internacional sobre las alternativas para mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Indicadores y logros

- *Disponibilidad de instrumentos prácticos que ayuden a los formuladores de políticas y a los profesionales de la salud a analizar las situaciones y los sistemas sanitarios y a diseñar políticas nacionales destinadas a mejorar el desempeño de esos sistemas.* Se han creado instrumentos prácticos que actualmente se emplean en áreas fundamentales para el desarrollo de los sistemas sanitarios.
- *Mayor capacidad de los países para adaptar y emplear esos instrumentos en el marco de sus circunstancias.* En este momento hay muchos países que cuentan con una mayor capacidad para servirse de instrumentos y de la información que éstos proporcionan a la hora de formular políticas.
- *Existencia de redes operativas con instituciones regionales y nacionales y alianzas activas con organismos internacionales que apoyen el análisis y desarrollo de mecanismos más eficaces de liderazgo, financiación y generación y suministro de recursos en los países.* En la actualidad, existen redes regionales y mundiales para diversas actividades, así como una mayor colaboración con entidades asociadas multilaterales y bilaterales.

Logros principales

- Se intensificó el intercambio de información: se prepararon los datos de la Encuesta Mundial de la Salud, se facilitaron a los países para su análisis y se pusieron a disposición en línea; se actualizaron las bases de datos sobre gastos sanitarios, mortalidad y disponibilidad de recursos humanos, y se publicaron en los informes sobre la salud en el mundo y en línea. En la actualidad, el proyecto OPCIÓN OMS proporciona estimaciones específicas de cada región del costo y los efectos de más de 800 intervenciones.
- Los sistemas nacionales de información sanitaria se fortalecieron, en algunos casos gracias a su interacción en el marco de la Red de Sanimetría. La Red de Sanimetría está siendo utilizada por los países y los asociados en el desarrollo a fin de armonizar las actividades relacionadas con la generación, el análisis y el uso de estadísticas sanitarias. La financiación proporcionada por la Red tuvo un efecto catalizador en 41 países, y les permitió empezar a fortalecer sus sistemas nacionales de información sanitaria.
- La adopción por la Asamblea de la Salud de una resolución sobre financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad en mayo de 2005¹ permitió seguir avanzando de cara a ayudar a los países a alcanzar el objetivo de la cobertura universal de los servicios básicos de salud. El Comité Regional para el Pacífico Occidental adoptó una estrategia relativa a la financiación de la atención sanitaria de los países de las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental.² Se prestó apoyo técnico a los países de todas las regiones que desearan modificar sus sistemas de financiación.
- Se apoyó la difusión de información a través de los informes sobre la salud en el mundo y en Europa, y de publicaciones en revistas científicas, en particular una serie sobre la costoeficacia de las intervenciones destinadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y varias publicaciones sobre gastos imprevistos, la eficiencia de los establecimientos sanitarios en África y los comités de bioética en la Región de África.

¹ Resolución WHA58.33.

² Resolución WPR/RC56.R6.

Descripción de algunos logros

A medida que se dispone de más recursos para la salud, en parte para ayudar a los países a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, resulta más importante llevar un control sistemático y organizado de los fondos, tanto en lo que respecta a la formulación de políticas como para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas. La OMS ha promovido la creación de cuentas nacionales de salud en los países y ha proporcionado orientaciones normativas. La *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios* (publicada en colaboración con el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) fue traducida a los seis idiomas oficiales de la OMS. Más de 100 Estados Miembros han efectuado al menos un ejercicio de seguimiento integral de gastos sanitarios. Se prestó asistencia técnica a varios países para que emprendieran su primer ejercicio de seguimiento de gastos sanitarios o efectuaran otro nuevo. Asimismo, se inició el seguimiento de los recursos destinados a enfermedades específicas ligadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en cuyo contexto algunos países prepararon las cuentas relativas a la salud infantil, la salud reproductiva, el paludismo, la tuberculosis y el VIH. Entre las entidades asociadas se encuentran el ONUSIDA, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Mundial, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la OCDE.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán utilizado herramientas normativas prácticas y un marco validado para apoyar la ampliación de la capacidad de los sistemas de salud nacionales para obtener, analizar y utilizar información crítica, incluida información sobre la salud, la capacidad de respuesta, la equidad de las contribuciones financieras, los factores de riesgo y los costos y la eficacia de intervenciones importantes.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad y actualización periódica de las bases de datos y de otros instrumentos prácticos que ayuden a los formuladores de políticas y los profesionales de la salud a analizar las situaciones sanitarias, los principales resultados sanitarios, los sistemas y las posibilidades de intervención	Bases de datos existentes sobre cuentas de salud, mortalidad, años de vida ajustados en función de la discapacidad y recursos humanos para la salud	Actualizar las bases de datos disponibles y crear nuevas bases sobre costo-eficacia, gastos imprevistos y disponibilidad de servicios	Se actualizaron las bases de datos y se crearon bases de datos sobre costoeficacia y gastos imprevistos. Se empezaron a cartografiar los servicios disponibles.
Mayor capacidad para adaptar el marco y los instrumentos a las situaciones específicas de determinados países	Capacidad limitada para medir la mortalidad, el gasto y la cantidad de personal sanitario y su composición	Fortalecer la capacidad en 20 países	Se fortaleció la capacidad en más de 50 países.

Se llevó a cabo el mantenimiento y la actualización anual de las bases de datos sobre cuentas nacionales de salud y mortalidad, que fueron publicadas en línea y en los informes mundiales sobre la salud en el mundo; también se dispone de datos sobre tendencias. Se hicieron nuevas estimaciones sobre la mortalidad de los niños menores de cinco años y sus causas en colaboración con los asociados. Las bases de datos sobre mortalidad y población, y sobre datos sanitarios básicos regionales en la Región de las Américas fueron actualizadas anualmente. Ello dio lugar a la puesta en marcha de iniciativas en al menos 21 Estados Miembros y a la preparación de numerosos análisis sobre la situación sanitaria, entre los que se incluyen los destinados a elaborar el informe sobre los progresos realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la preparación de perfiles de salud subregionales para Centroamérica. Se actualizaron los perfiles de los sistemas nacionales de salud en todos los países de la Región de Asia Sudoriental y se prestó apoyo a la formación en el uso de esos datos. Se modernizaron los servicios bibliotecarios de 10 países. Se actualizaron los perfiles de los sistemas nacionales de salud y las bases de datos regionales en la Oficina Regional para el Pacífico Occidental y se impartieron cursos de formación en el uso de información para el análisis de políticas dirigidos a los dirigentes sanitarios provinciales. La Oficina Regional también publicó varias guías para su uso en los países con el fin de promover prácticas óptimas y la adopción de un enfoque lógico con relación al diseño de los sistemas nacionales de información sanitaria. Además, está disponible en línea una amplia base de datos sobre los costos y la eficacia de las intervenciones sanitarias y un atlas mundial sobre personal de salud.

En el marco de la Red de Sanimetría se describen las normas y los procedimientos que han de seguir los sistemas nacionales de información sanitaria. La Red constituye una estructura fundamental de apoyo en torno a la que los países y los asociados en el desarrollo pueden unirse y aunar esfuerzos. Esta estructura está ligada a una herramienta de evaluación que permite a los países evaluar la calidad de las estadísticas sanitarias y definir los principales fallos y deficiencias que deben subsanarse. El sistema se puso a prueba en un grupo de países que han marcado la pauta y las ediciones del prototipo se emplearon para generar perfiles de los sistemas nacionales de información sanitaria en seis países. Tras la celebración de varias consultas técnicas se alcanzó un consenso respecto de la uniformización del cuestionario y los instrumentos destinados a mejorar el grado de comparabilidad de los resultados de las autopsias verbales.

Estarán funcionando redes y fórmulas de asociación nacionales e internacionales dedicadas a estimaciones y métodos epidemiológicos, vigilancia de los principales resultados de los sistemas de salud, análisis económicos, medición de la eficiencia de los sistemas de salud y clasificaciones internacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Existencia de redes operativas de conexión con instituciones regionales y nacionales para idear métodos que permitan estimar parámetros críticos de las políticas de salud y formas de emplearlos a nivel nacional y subnacional	Una red mundial y 2 redes regionales de cuentas sanitarias Red mundial de clasificación	Crear una red complementaria de economía y financiación de la salud en la Región de África Crear una red mundial de sanimetría	Se prestó apoyo a las redes existentes; se instituyó la red del comité consultivo africano sobre economía de la salud y la Red de Sanimetría. Se amplió la red de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS en África, Asia y América Latina.
Elaboración y uso de mecanismos que promuevan el acceso de los países y de la OMS a datos comparables sobre sistemas de salud, así como el intercambio de esa información	Acceso, aunque limitado, de los países a las bases de datos de la OMS a través del portal del sistema de información estadística de la OMS y del atlas mundial de personal sanitario	Mejorar el acceso mediante la actualización de los sitios web y la difusión de información Mejorar los sitios web sobre cuentas nacionales de salud, costoeficacia, clasificaciones internacionales y la Encuesta Mundial de Salud	Se actualizaron los sitios web existentes y se prepararon nuevos sitios de fácil consulta, de acuerdo con el objetivo previsto. Se empezaron a poner en línea datos e informes sobre la Encuesta Mundial de la Salud. Se han preparado y distribuido informes de los países.

Se mantuvo el apoyo a las redes existentes y se prepararon informes de país sobre pagos imprevistos, gastos sanitarios y la Encuesta Mundial de la Salud. Se publicaron en Internet la actualización de las clasificaciones existentes, los primeros trabajos encaminados a revisar la Clasificación Internacional de Enfermedades e información sobre las pruebas de los prototipos para clasificar las intervenciones; además, en los informes sobre la salud en el mundo y en publicaciones como *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005*¹ y el *Informe sobre la salud en Europa 2005*² se incluyó información fundamental. Se mantuvo el apoyo a la aplicación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en la Oficina Regional para Europa, y se impartieron cursos de formación en esa materia en ocho Estados Miembros. Se fortaleció la red de centros colaboradores de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, y se puso en marcha la designación de nuevos centros en África, Asia y América Latina. Se creó una base de datos sobre la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, con el fin de orientar los esfuerzos encaminados a desarrollar capacidad en los países. Ello también servirá para fundamentar la Undécima Revisión de la Clasificación. Se definieron las normas para comparar datos sobre altas hospitalarias, las cuales fueron adoptadas posteriormente por varios países, la OCDE y Eurostat. La primera adaptación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud para niños y jóvenes terminó de elaborarse, y se tradujo y publicó en más de 30 idiomas; también se publicaron artículos en varias revistas periódicas revisadas por homólogos. Se están efectuando pruebas de campo en unos 70 países con miras a elaborar una clasificación internacional sobre intervenciones sanitarias.

¹ *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005.

Se efectuó una evaluación integral de los sistemas nacionales de información sanitaria de 10 países, que servirá de punto de partida para posteriores mejoras. Están desarrollándose instrumentos de análisis mejorados y actividades de formación en el contexto de las labores de análisis de la salud y de los sistemas de información. El Comité Consultivo Africano sobre Economía de la Salud quedó plenamente constituido y celebró su primera reunión en noviembre de 2004, en la que se elaboró un plan estratégico de economía sanitaria para la Región de África que abarca el periodo 2006-2015. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental colaboró con la Red de Sanimetría y los ministerios de salud para idear fórmulas que permitan fortalecer los sistemas de información sanitaria de los países. Existen redes de cuentas nacionales de salud en las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental; además, la OMS, la OCDE, el Banco Mundial y varios organismos bilaterales mantienen una amplia colaboración en ese ámbito. La OMS colabora con numerosos organismos, en particular con la OIT, la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Mundial y la OCDE, en distintos aspectos de la financiación de los sistemas de salud.

Se habrán determinado y validado normas, patrones, terminología y métodos destinados a los formuladores de políticas nacionales sobre cuestiones relevantes, entre ellas la salud de la población, la capacidad de respuesta y la equidad de las contribuciones financieras y su medición, las clasificaciones internacionales, la eficiencia económica, el costo económico, las implicaciones éticas de la asignación de recursos y el análisis de la relación costo-eficacia para escoger combinaciones eficientes de intervenciones.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de determinadas normas, patrones, terminología y métodos para atender las necesidades más prioritarias de los países y regiones en lo relativo a producir evidencia que sirva de base para las políticas sanitarias	Normas y patrones en vigor relativos a las cuentas nacionales de salud y la clasificación internacional de enfermedades y del funcionamiento, la discapacidad y la salud Directrices para el análisis funcional de los puestos de trabajo	Establecer normas, métodos y directrices sobre costoeficacia, gastos imprevistos y recursos humanos para la salud Poner a prueba un prototipo para la clasificación internacional de las intervenciones sanitarias	Se establecieron directrices para la realización de estudios de costoeficacia; se definieron métodos para medir la proporción de las familias víctima de ruina financiera debido a los gastos sanitarios y el correspondiente empobrecimiento; se elaboraron directrices para la realización de evaluaciones rápidas de los recursos humanos para la salud y el desarrollo del personal sanitario en situaciones posbélicas. Se puso a prueba un prototipo para la clasificación internacional de las intervenciones sanitarias.
Mayor capacidad de los países destinatarios para obtener y utilizar esa información de modo que complemente los sistemas ordinarios de información estadística ya existentes	La capacidad de muchos países para aplicar las normas y los patrones en vigor era limitada.	Prestar apoyo técnico y desarrollar la capacidad institucional en al menos 20 países	Se prestó apoyo a más de 30 países.

Se están elaborando y difundiendo directrices metodológicas en materia de análisis de salud y sistemas de información para llevar a cabo actividades de vigilancia de la salud pública y análisis de la situación sanitaria, y contribuir al desarrollo de sistemas de información sanitaria. Se impartió formación sobre la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. La OMS contribuyó a definir las nuevas normas de conservación, mantenimiento y representación de las clasificaciones establecidas por el Comité Europeo de Normalización y la Organización Internacional de Normalización. Se publicó una guía en los seis idiomas oficiales para la elaboración de cuentas nacionales de salud en los países de ingresos bajos que incluía métodos de seguimiento del gasto.¹ También se idearon métodos para realizar análisis de costos y se están preparando estrategias para calcular las consecuencias económicas de las enfermedades.

¹ *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Se dispondrá de una base de evidencia para orientar las recomendaciones normativas en esferas clave como la financiación de la atención de la salud, la rectoría, la generación de recursos y la prestación de servicios.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Ultimación de la política de la OMS sobre la financiación de los sistemas de salud	Inexistencia de política de la OMS en esa materia	Formular una política	La política de la OMS en esa materia quedó ultimada (adopción de la resolución WHA58.33 y de la estrategia de financiación de la atención de salud en los países de las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental según la resolución WPR/RC56.R6).
Disponibilidad de la evidencia reunida sobre las formas de enfocar la rectoría, la generación de recursos y la prestación de servicios	Disponibilidad limitada de ese tipo de evidencia en la OMS	Mejorar la base de conocimientos sobre estrategias innovadoras para la prestación de servicios	En 12 países con ingresos bajos se realizaron estudios con el fin de elaborar y difundir conocimientos donde se carecía de ellos, como por ejemplo, sobre estrategias innovadoras para mejorar los servicios de salud y fortalecer los sistemas sanitarios; se efectuaron estudios monográficos de países sobre la eficacia de la gestión de los sistemas de salud.
Mayor capacidad de determinados países para analizar y aplicar esa evidencia al elaborar las políticas nacionales	Algunos países tenían una capacidad limitada en esa área	Fortalecer la capacidad al menos en 10 países	Se fortaleció la capacidad en 30 países de todas las regiones.

En 12 países de ingresos bajos se efectuaron estudios sobre las repercusiones de las estrategias innovadoras en la mejora de los servicios de salud y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, y se celebraron talleres de difusión. Se realizaron tres estudios monográficos de países sobre la eficacia de la gestión de los sistemas de salud. Se difundieron directrices sobre la manera de hacer un seguimiento de la disponibilidad y distribución de los recursos, y en determinados países se organizaron cursos de formación sobre el uso de la información para incorporar las pruebas científicas a la formulación de políticas. En la Región de Europa se impartieron siete cursos de formación «bandera», cuatro regionales, dos subregionales y uno nacional, en colaboración con el Instituto del Banco Mundial, sobre la reforma del sector sanitario y la financiación sostenible, y la pobreza, la equidad y los sistemas de salud. En la Región de África, se prepararon informes sobre los regímenes de seguridad social de Kenya y Nigeria, y sobre el costo de los programas de maternidad sin riesgos de Ghana y Nigeria. Se formuló una estrategia conjunta sobre la financiación de la asistencia sanitaria en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, y se efectuó una evaluación de los sistemas de financiación sanitaria de varios países. En 2005, la Asamblea de la Salud adoptó una resolución sobre la financiación sostenible de la salud, la cobertura universal y el seguro social de enfermedad, que sienta las bases de la labor de la OMS en ese ámbito. Se prestó asistencia técnica en materia de políticas de financiación sanitaria a más de 30 países, y se celebraron talleres o seminarios en distintos países de África oriental y en varios países francófonos de la Región del Mediterráneo Oriental. El Observatorio Europeo sobre los Sistemas y Políticas de Atención Sanitaria publicó dos libros sobre financiación y regulación sanitarias en Europa, así como sendos documentos sinópticos de políticas.

Se dispondrá de mecanismos operacionales e instrumentos validados para actualizar la información con regularidad y facilitar los análisis sistemáticos del desempeño de los sistemas de salud nacionales y subnacionales; se habrán formulado y puesto en funcionamiento estrategias para mejorar el desempeño de los sistemas de información sobre salud en distintas situaciones, como apoyo y complemento de los sistemas estadísticos habituales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad y uso de instrumentos prácticos para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en los niveles nacional y subnacional; consideración especial de los casos en que hay escasez de recursos	Acceso limitado a instrumentos para la evaluación de costos Creación de la primera versión de un instrumento de simulación que permite analizar las consecuencias financieras de la ampliación de la protección del riesgo financiero	Crear instrumentos de estimación de costos que permitan calcular el costo de la ampliación de las intervenciones y el costo de enfermedades y programas específicos Crear instrumentos para hacer un seguimiento de los recursos destinados a enfermedades específicas Terminar de elaborar un instrumento de simulación	Se crearon instrumentos de cálculo de costos y de seguimiento de las enfermedades. Se puso a prueba la herramienta de simulación y se hizo una nueva versión que se distribuyó y utilizó en los países.
Formulación de estrategias acordadas para fortalecer los sistemas de información sobre la salud a fin de obtener información más oportuna y pertinente dirigida a los formuladores de políticas nacionales	Las estrategias existentes, basadas en gran medida en programas centrados en enfermedades específicas, no estaban integradas en una visión general	Adoptar a escala universal el marco de la Red de Sanimetría como norma mundial para el desarrollo de sistemas de información sanitaria	Se crearon y se utilizaron instrumentos de evaluación de la Red de Sanimetría en países de ingresos bajos y medios.
Desarrollo constante de la Encuesta Mundial de la Salud con la participación de los países y de expertos internacionales	La Encuesta Mundial de la Salud se había realizado en 70 países	Analizar la Encuesta Mundial de la Salud, hacer uso de ella en las políticas y seguir mejorándola de forma constante	Se perfeccionó el instrumento empleado en la Encuesta Mundial de la Salud, el cual está aplicándose en las encuestas nacionales de salud.
Disponibilidad de los datos de la Encuesta Mundial de la Salud como información de dominio público para la comunidad nacional e internacional	No se disponía de datos sobre países	Colaborar con los países para finalizar el análisis y poner la Encuesta en el dominio público	Se prepararon datos de la Encuesta Mundial de la Salud y se facilitaron a los países para su análisis. Los resultados están disponibles en Internet. A partir de abril de 2006, se publicarán distintas series de datos de forma paulatina.

El trabajo realizado con relación al análisis sanitario y los sistemas de información sanitaria se ha llevado a cabo en coordinación con diversas iniciativas regionales y mundiales, como la Red de Sanimetría, con el fin de fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria mediante la creación de marcos de referencia y de instrumentos y metodologías de evaluación. Se publicó en Indonesia la evaluación del desempeño de los sistemas de salud a nivel subnacional, que se distribuirá entre los países de la Región de Asia Sudoriental para que la examinen. Se formuló un marco estratégico birregional con miras a fortalecer los sistemas de información sanitaria en Asia y el Pacífico, y cinco países de la región llevaron a cabo la Encuesta Mundial de la Salud. La encuesta nacional de la salud 2004 fue rectificada en Indonesia, con el fin de incluir los métodos empleados en la Encuesta Mundial de la Salud. Una serie de talleres interpaíses celebrados en África, Asia/Pacífico, Mediterráneo Oriental, América Latina y Europa brindó la oportunidad de intercambiar una gran cantidad de información sobre la Red de Sanimetría entre los países y los asociados en el desarrollo. Se procesaron los datos de la Encuesta Mundial de la Salud realizada en 70 países, los cuales fueron facilitados a los países para su análisis. Se celebraron dos talleres con el fin de prestar ayuda a 18 países de la Región de África en el análisis de datos y la preparación de informes. Actualmente, las tablas de resultados de la Encuesta Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web. Se ha perfeccionado el instrumento empleado en la Encuesta Mundial de la Salud y está aplicándose en las encuestas nacionales de la salud de los países miembros del Consejo para la Cooperación en el Golfo, con inclusión del Yemen. Ese instrumento también ha sido adaptado para su utilización en la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, financiada por la Comisión Europea. La OMS está colaborando con Eurostat y la Comisión Económica para Europa

de las Naciones Unidas en el desarrollo de un instrumento común que permita evaluar el estado de salud a partir de la Encuesta Mundial de la Salud.

Se habrán diseñado y validado instrumentos prácticos de planificación para formuladores de políticas en apoyo de la aplicación de políticas y estrategias alternativas destinadas a mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de determinados instrumentos prácticos que los formuladores de políticas puedan usar en la planificación y el establecimiento de políticas a nivel nacional, dentro del marco de la OMS	Acceso limitado a instrumentos prácticos por los formuladores de políticas de los países	Crear o adaptar instrumentos nacionales que ayuden a tomar decisiones a nivel distrital y nacional	Se creó un instrumento de contextualización nacional para el establecimiento de prioridades, en el marco del proyecto OPCIÓN OMS. Se establecieron directrices para la planificación distrital en la Región de África. Se adaptaron instrumentos nacionales de cálculo de costos a partir de instrumentos mundiales.
Incorporación de esos instrumentos en los procesos normativos de determinados países	Uso limitado de los instrumentos en los países	Aplicar los instrumentos en 10 países	Los instrumentos fueron aplicados en 18 países.

En la Región de África, la oficina de la OMS en Namibia elaboró directrices en materia de economía de la salud para su utilización en la planificación distrital, que posteriormente fueron aplicadas. En la Región de Asia Sudoriental se creó una plantilla para establecer perfiles de los sistemas sanitarios, con el fin de ayudar a los países en la formulación de políticas y la planificación a nivel nacional. Seis países de la región crearon bases de datos o indicadores de salud básicos de ámbito nacional o subnacional. La herramienta de simulación para evaluar las repercusiones financieras de los cambios efectuados en los sistemas de financiación sanitaria se perfeccionó con la colaboración de la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica y fue probada en diferentes contextos. Cada vez hay un mayor número de países que notifican con regularidad los gastos sanitarios y los utilizan a la hora de formular políticas. Se adaptó la base de datos regional del proyecto OPCIÓN OMS con el fin de disponer de un instrumento de contextualización nacional para el establecimiento de prioridades. Se crearon y perfeccionaron instrumentos para el cálculo de costos, que se utilizaron para estimar el costo de la ampliación de intervenciones esenciales, los recursos necesarios para reducir la falta de personal y desarrollar aplicaciones para la financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En colaboración con los asociados de la Red de Sanimetría, se crearon varios instrumentos para facilitar la formulación de políticas basadas en pruebas científicas, entre los que figuran el marco de la Red y un instrumento de evaluación, un sistema para sintetizar, analizar y utilizar de un modo más conveniente los datos científicos de los países y un instrumento de planificación de la Red. También se crearon herramientas para que los administradores sanitarios de distrito puedan generar mejores datos sobre la distribución espacial de las intervenciones de salud, los servicios e insumos, como los recursos humanos, las infraestructuras y los equipamientos.

Se dispondrá de una base de evidencia que orientará el desarrollo y aplicación de políticas sanitarias e intervenciones relacionadas con la salud que benefician a los pobres, de conformidad con las estrategias de reducción de la pobreza y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Para todos los países que participan en el proceso de la estrategia de reducción de la pobreza: <ul style="list-style-type: none"> • disponibilidad de evidencia sobre los factores que hacen que las políticas e intervenciones sanitarias sean beneficiosas para los pobres • capacidad para analizar las políticas nacionales desde una perspectiva sanitaria favorable a los pobres y basada en la evidencia en determinados países 	Participación de la OMS en el reducido apoyo prestado a los procesos nacionales relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza	Prestar apoyo a 6 países en el marco de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza	Se prestó apoyo a 7 países en el proceso del marco de gasto a medio plazo de los documentos de estrategia de reducción de la pobreza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud inició su trabajo. La OMS contribuyó sustancialmente a la labor emprendida por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y el Programa de Acción en favor de los Países Menos Adelantados para el Decenio 2001-2010; también participó en la revisión de los documentos de estrategia de reducción de la pobreza realizada por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional y en la elaboración de un marco de apoyo a los procesos nacionales. En la Región de Asia Sudoriental, se celebraron talleres sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en cinco países. Diez de los 11 países de la región presentaron informes sobre los progresos realizados en la consecución de esos objetivos. Se recomendó a los países de la Región del Pacífico Occidental que desglosaran los datos por sexo y niveles espaciales y socioeconómico, a fin de poner de relieve las desigualdades, en particular respecto de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Gracias a la ayuda de los equipos de campo de las Naciones Unidas, la mayoría de los países elaboraron informes sobre los Objetivos para hacer un seguimiento del avance realizado con relación a las metas.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El compromiso de los gobiernos, tal y como se puso de manifiesto con la adopción de la resolución sobre la financiación sostenible de la salud, la cobertura universal y el seguro social de enfermedad.
- La mejora de los instrumentos, los métodos y las bases de datos, que han proporcionado pruebas científicas al proceso de toma de decisiones de los países, así como el desarrollo de capacidad y la prestación de apoyo técnico para su utilización.
- El aumento de la colaboración entre diferentes niveles de la Organización y con los asociados internacionales.

Obstáculos

- Las restricciones financieras supusieron un obstáculo para todas las actividades, y las peticiones de apoyo técnico de los países superaron la capacidad de la Organización.
- Escasa inversión en generar, difundir y hacer uso de pruebas científicas en materia de salud en algunos países debido a la existencia de otras necesidades y prioridades.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Debe prestarse más atención a la adaptación de los instrumentos y la información a los países.
- Es difícil atraer las contribuciones extrapresupuestarias con fines específicos a esta actividad, que muchos donantes consideran actividad fundamental de la OMS. Será preciso alentar a los donantes a invertir más en este bien público internacional.
- Pese al aumento de la financiación internacional destinada a los programas prioritarios de los países, muchos de estos programas se han encontrado con dificultades a la hora de intensificar su acción debido a limitaciones de los sistemas de salud, como la falta de información y el escaso desarrollo de los sistemas de financiación sanitaria. Se prestará más atención a la creación de sinergias entre las actividades de los programas prioritarios y las actividades de los sistemas de salud.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		80 606	29 252	29 915	59 167
Porcentaje	países	37	27	3	15
	regiones	27	33	34	34
	mundo	36	40	63	51

GESTIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

Objetivo(s) de la OMS

Facilitar el acceso de los gobiernos, los asociados de la OMS en la esfera de la salud y el desarrollo y el personal a una información sanitaria fiable y actualizada, que esté basada en la evidencia y proporcione orientación para establecer políticas y prácticas sanitarias en los planos nacional e internacional.

Indicadores y logros

- *Aumento tangible del uso de información de la OMS en todos los medios.* Se documentó un aumento del uso de información de la OMS en todos los medios, sobre todo después de que se empezara a publicar en el sitio web de la Organización el contenido de nivel superior en los seis idiomas oficiales.
- *Aplicación de las mejores prácticas de almacenamiento, gestión y accesibilidad de la información sanitaria.* Se logró mejorar la aplicación de las mejores prácticas en lo que respecta a la gestión y la accesibilidad de la información sanitaria para los Estados Miembros y el personal de la OMS en todos los niveles. Asimismo, se registraron en los países logros adicionales relacionados con la ciber salud, en el contexto de una nueva estrategia de gestión de los conocimientos.

Logros principales

- En 2004 se creó el Departamento de Gestión e Intercambio de Conocimientos. La coordinación mejoró durante el bienio gracias a un proceso impulsado por un equipo directivo mundial que contó con la participación de la Sede y los puntos focales regionales.
- En septiembre de 2005, tras un año de actividades de planificación, consultas regionales y aportaciones de distintos interesados, se presentó una estrategia en materia de gestión de los conocimientos,¹ que tiene por finalidad reducir la brecha entre la teoría y la práctica, mejorando el acceso a la información sanitaria mundial; traduciendo los conocimientos en políticas y acción; compartiendo y reapplicando los conocimientos derivados de la experiencia; potenciando la ciber salud en los países; y fomentando un entorno propicio para la gestión de los conocimientos.
- El acceso a la información sanitaria mejoró a través de la expansión de la Iniciativa InterRedSalud de Acceso a la Investigación, que pasó a abarcar a 105 países, y la aprobación de una biblioteca mundial de salud por el 9º Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas, celebrado en Salvador de Bahía (Brasil) del 20 al 23 de septiembre de 2005.
- El intercambio de información mejoró al ofrecerse al personal de la OMS de todos los niveles un acceso en línea a la documentación científica y al organizarse en la Sede una serie de seminarios sobre gestión de los conocimientos. En la Región de las Américas, se empezó a recurrir a la transmisión directa por Internet y se utilizó por primera vez el programa informático OpenLink para intercambiar información sobre las reuniones, misiones y consultas en todos los niveles de la Organización.
- En enero de 2005 se inauguró la iniciativa Historia Mundial de la Salud con la celebración de un seminario que contó con la participación del Dr. Halfdan Mahler, antiguo Director General de la OMS.
- Se logró fortalecer la ciber salud en los países mediante la creación del Observatorio Mundial de Ciber salud, de conformidad con la resolución WHA58.28; el tema de la estrategia OMS en materia de ciber salud fue examinado en la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (Túnez, 16 a 18 de noviembre de 2005). Se elaboró asimismo una estrategia en relación con los registros sanitarios electrónicos para la atención del SIDA.
- Se puso en marcha una plataforma de tecnologías de la información y la comunicación para la salud destinada a los países lusófonos, que se creó en colaboración con la Región de África y la OPS, y se presentó un proyecto de traducción al ruso en la Región de Europa. Sigue habiendo disponibles miles de publicaciones multilingües y servicios de biblioteca ya existentes.
- Se editaron varias publicaciones insignia de la OMS, como el *Informe sobre la salud en el mundo*, el *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión, segunda edición) y *The European Health Report 2005*.²

¹ Documento WHO/EIP/KMS/2005.1.

² *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations.* Oficina Regional para Europa, Organización Mundial de la Salud, Copenhague, 2005.

- La traslación de conocimientos se intensificó durante el bienio, entre otras cosas mediante la reproducción en otras regiones de la Red de Evidencias Sanitarias creada por la Oficina Regional para Europa y la celebración de una conferencia sobre traslación de conocimientos en materia de salud mundial organizada en Ginebra. Se puso en funcionamiento asimismo un registro y una red mundial de asociados para la salud pública.

Descripción de algunos logros

La unidad de ciber salud contribuyó a avanzar hacia dos objetivos estratégicos relacionados con la gestión de los conocimientos, a saber, el acceso a la información sanitaria y el fortalecimiento de la ciber salud en los países. Entre los logros alcanzados destaca la creación del Observatorio Mundial de Ciber salud, una red de grupos nacionales establecida en 2005 con el cometido de analizar los cambios y tendencias en ciber salud a los fines de aportar evidencias e informar tanto la política como la práctica. La celebración de la primera encuesta mundial sobre ciber salud permitió obtener datos de más de 100 países, gracias a una estrecha colaboración entre todos los niveles de la Organización. La Iniciativa InterRedSalud de Acceso a la Investigación sigue en plena expansión: al mes de diciembre de 2005 se habían beneficiado del programa 1800 instituciones de 105 países, y las descargas de usuarios de artículos científicos en versión íntegra se duplicaron en 2005 para situarse en 3 300 000. Entre los logros iniciales de esta red, establecida en 2005 con la finalidad de atender las necesidades informativas de los Estados Miembros lusófonos de la OMS, cabe citar la publicación de una versión portuguesa del *Informe sobre la salud en el mundo 2005* y de los documentos que lo complementan. Se realizó asimismo una labor normativa en relación con los registros sanitarios electrónicos para la atención del SIDA. La segunda fase de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (Túnez, 16 a 18 de noviembre de 2005) contó con una mayor participación por parte de la OMS. Se celebraron diversas reuniones, y también consultas oficiosas, que arrojaron resultados satisfactorios e hicieron hincapié en varias iniciativas de ciber salud; se elaboró un informe especial titulado «*Connecting for health: global vision, local insights*», publicado conjuntamente por la OMS y la Comisión Europea.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán puesto en funcionamiento, evaluándolas y actualizándolas periódicamente, estrategias y políticas de gestión de la información sanitaria a nivel de toda la Organización.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de productos de información que se ajustan a las estrategias y políticas de la Organización	En 2002-2003, se distribuyeron 352 848 ejemplares de productos de pago. No se contaba con un marco de política para las publicaciones aplicable a toda la Organización.	Distribuir en 2004-2005 286 375 ejemplares de productos de pago Elaborar una nueva política de publicaciones de la OMS	El número de copias distribuidas disminuyó al ampliarse el acceso gratuito por Internet. Se revisaron las estrategias y políticas de publicación vigentes en la OMS y también se elaboraron políticas nuevas. Las publicaciones regionales se ajustaron a las políticas de las respectivas oficinas regionales (p. ej., 200 en la Región de Europa).
Frecuencia de la evaluación y actualización de las estrategias y políticas	–	Asegurar una periodicidad bianual	Se elaboró una política revisada sobre los criterios mínimos aplicables a los productos de información de la OMS.

En el bienio 2004-2005, se estableció un grupo de examen de la política de publicaciones integrado por dos representantes de cada Región y todos los grupos orgánicos de la Sede. El grupo se reunió en cuatro ocasiones y estableció grupos de trabajo sobre difusión equitativa, políticas de publicaciones, multilingüismo, garantía de la calidad y seguimiento. Se elaboraron proyectos de política sobre autoría y derechos de autor, así como una política revisada sobre los criterios mínimos aplicables a la información sanitaria. Algunas regiones formularon además políticas específicas relacionadas con el diseño, la producción, la traducción y la difusión de publicaciones, y se registró un aumento en el número de publicaciones acordes con esas políticas.

Se habrán mejorado la planificación, producción y difusión de los productos de información sanitaria en los correspondientes medios (incluidos los medios impresos, web, productos multimedia y CD-ROM) e idiomas (incluidos todos los idiomas oficiales de la OMS para los productos prioritarios de interés mundial) mediante procesos, políticas y servicios simplificados de producción/difusión.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de datos sobre las tendencias de las ventas y la distribución de productos de información sanitaria	US\$ 5 582 000 en 2002-2003	US\$ 6 350 000 en 2004-2005	Los ingresos aumentaron en un 14%.
Disponibilidad de estadísticas sobre el acceso a los sitios web de la OMS	No se hacía un seguimiento sistemático de las visitas a los sitios web	Asegurar un seguimiento sistemático del uso de los sitios web	Tanto en la Sede como en las regiones se aseguró una recopilación sistemática de los datos sobre el uso de los sitios web.
Proporción de productos de información mundial disponibles en más de un idioma en el sitio web de la OMS	Todos los productos incluidos en las barras de navegación principales del sitio web de la OMS, así como los comunicados de prensa se publicaban sistemáticamente en español, francés e inglés.	Asegurar que todos los productos incluidos en las barras de navegación principales del sitio web de la OMS, así como los comunicados de prensa se publiquen sistemáticamente en los seis idiomas oficiales	Se logró que los productos incluidos en las barras de navegación principales del sitio web de la OMS, los comunicados de prensa y las actualizaciones de notificaciones de brotes epidémicos se publiquen sistemáticamente en los seis idiomas oficiales.
Mayor difusión mediante la concesión de licencias para la reproducción de información	35 licencias y contratos de venta	50 licencias y contratos de venta	La OMS tiene concertados contratos de concesión de licencias y de venta con 5 librerías y bibliotecas en línea importantes, además de las ventas de reproducciones y derechos de autor.

La creación de Ediciones de la OMS fue fruto de la reorganización de diferentes actividades de publicación realizadas en la Sede. Se emprendieron varias iniciativas nuevas, y aumentaron los ingresos por ventas, así como el número de nuevos canales de difusión. El sitio web de la OMS se reinauguró en los seis idiomas oficiales, y el volumen del material incluido en el nuevo sistema de gestión de contenidos fue aumentando de forma constante. Se actualizaron asimismo la mayoría de los sitios regionales, y se implantaron nuevos sistemas para asegurar el seguimiento de los datos relativos a la utilización de las páginas web, tanto en la Sede como en algunas regiones. En 2005, el sitio web de la OMS recibió cada mes más de 2,6 millones de visitas, con un promedio de 32 millones de páginas consultadas. El número de sitios web multilingües siguió aumentando, al igual que la publicación de elementos de texto en varios idiomas. En aras del multilingüismo, se incrementó durante el bienio el número de contratos de traducción para obras publicadas en idiomas distintos del inglés, que pasó de 381 a 401.

Se habrá publicado en los idiomas pertinentes información sanitaria seleccionada de alta prioridad, entre ellos el Informe sobre la salud en el mundo, el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, el contenido del sitio web de la OMS y productos de información regional.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de textos del sitio web de la OMS que cumplen las directrices referentes a la facilidad de uso, la accesibilidad y la construcción de marca	Se mantenían y publicaban 120 sitios, con ayuda del sistema de gestión del contenido del sitio web de la OMS	Aumentar el número de sitios mantenidos y publicados con ayuda del sistema de gestión del contenido del sitio web de la OMS	Se aseguró el mantenimiento y la publicación de 150 sitios, con ayuda del sistema de gestión del contenido del sitio web de la OMS.

La utilización del sistema de gestión del contenido aplicado por la OMS permite asegurar que el contenido de las páginas web se publique en consonancia con las normas editoriales más recientes en materia de facilidad de uso, accesibilidad y construcción de marca. Durante el bienio, el Boletín de la Organización Mundial de la Salud se siguió publicando mensualmente, tanto en versión im-

presa como electrónica, y alcanzó elevados niveles de citación y repercusión. El *Informe sobre la salud en el mundo 2004 - Cambiemos el rumbo de la historia* se dedicó al VIH/SIDA; el *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!* estuvo consagrado al mismo tema que el Día Mundial de la Salud y se publicó en los seis idiomas oficiales. Durante el bienio, se publicaron distintos productos de información regionales: publicaciones periódicas, informes sobre la salud en las regiones y diversos manuales, directrices y recursos de capacitación y de promoción. En muchos casos, estos recursos se tradujeron también a los idiomas apropiados.

Se habrá introducido un marco de evaluación de los productos de información sanitaria de la OMS, con inclusión de lo siguiente: políticas sobre mejores prácticas tales como normas para la calidad científica y editorial; evaluaciones periódicas de las necesidades del público destinatario; y evaluación de los productos con retroinformación sobre la experiencia adquirida dirigida a los departamentos y los directores ejecutivos encargados de la creación del contenido informativo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de productos de información sanitaria evaluados	No establecido	Evaluar un muestreo de productos de información sanitaria	No se llevó a cabo ninguna evaluación en la Sede, debido a cambios en la estructura y el presupuesto del departamento. Está previsto realizar una evaluación en el marco de la labor del nuevo grupo de examen de la política de publicaciones. Las oficinas regionales efectúan exámenes periódicos (p. ej.: en la Región de Europa, los 10 productos informativos de máxima prioridad de la oficina regional son evaluados semestralmente).
Número de estudios monográficos e informes sobre la experiencia adquirida	No establecido	No establecida	Se postergó debido a la reorganización de Ediciones de la OMS.
Número de planes para productos de información sanitaria que han sido modificados para adaptarlos al marco de evaluación	No establecido	No establecida	Se postergó debido a la reorganización de Ediciones de la OMS.

Durante el bienio se ejecutaron una serie de programas de capacitación destinados a mejorar la calidad de la labor de redacción, edición y corrección de pruebas en la Organización. También se aseguró la disponibilidad, a través del sitio web, de instrumentos destinados a ayudar tanto al personal de plantilla como a los redactores y editores *freelance* a mejorar la calidad científica y editorial de los productos de información de la OMS. El proyecto para una cadena de producción de información se canceló debido a los retrasos sufridos y los costos que implicaba; en su lugar, se empezaron a explorar sistemas más sencillos. Al menos una oficina regional inició una evaluación periódica de sus productos de información de alta prioridad y empezó a recibir informes sobre la utilización de esos productos en los países.

Se habrá establecido un marco de conocimientos sanitarios de la OMS, con inclusión de lo siguiente: determinación y organización de los acervos de conocimientos fundamentales (documentos y conjuntos de datos estructurados) y garantía de un mejor acceso de todo el personal de la OMS a la información que necesitan; apoyo en tecnologías de la información y de las comunicaciones a las comunidades especializadas dentro de la OMS; promoción y facilitación de las mejores prácticas en el manejo de los datos sanitarios de la OMS (por ejemplo, almacenamiento de datos, conjuntos de instrumentos para prestar apoyo a la adopción de decisiones); y fortalecimiento de la capacidad de los países para acceder y contribuir al marco y hacer uso de él.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de acervos de conocimientos sanitarios identificados y estadísticas sobre su uso	No establecido	Asegurar que todas las bibliotecas depositarias oficiales de publicaciones de la OMS cuenten con la colección completa de productos impresos Recopilar estadísticas sobre la utilización de los recursos en línea y el material impreso	23 000 consultas de publicaciones periódicas en versión impresa; 12 000 consultas de libros; 40 000 elementos de información de la OMS, en versión íntegra, en la base de datos de la biblioteca de la OMS; 25 000 solicitudes de información científica y de información general; 750 000 descargas de artículos en línea en toda la OMS
Grado de satisfacción del personal ubicado en distintas regiones geográficas respecto del apoyo de información necesario para su labor	Retroinformación positiva; necesidad de ampliar el acceso a los recursos de pago	Ampliar el acceso a los recursos electrónicos en un 10%	Las suscripciones se efectuaron de conformidad con las necesidades expuestas por el personal. El acceso electrónico a algunos recursos poco demandados se eliminó gradualmente, debido a limitaciones presupuestarias.
Número de comunidades especializadas que reciben apoyo	Dentro de la OMS había pocas comunidades creadas de forma espontánea.	Lograr que aumente el número de comunidades	19 comunidades bien definidas
Proporción de conjuntos de datos de salud de la OMS que se ajustan a los criterios de mejores prácticas en la gestión de la información	No establecido	No establecida	No se efectuó ninguna evaluación sistemática.

La exhaustiva base de datos de la biblioteca de la OMS ofrece servicios en línea que permiten acceder a diversos recursos en versión íntegra - como la base de datos y las colecciones en versión impresa del proyecto GIFT (Global Information Full Text), recursos de capacitación, herramientas de búsqueda minuciosa y servicios de asesoramiento informativo - y entrar en contacto con una red de comunidades especializadas, tanto dentro de la OMS como a nivel mundial. La base de datos, considerada dentro del sistema de las Naciones Unidas como una fuente de autoridad que destaca por su carácter innovador, es utilizada profusamente por los centros colaboradores de la OMS, y también para la creación de nuevas plataformas desde las cuales las comunidades especializadas pueden fomentar redes de conocimientos en aras de la salud para todos.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- El personal hizo gala de creatividad y dedicación.
- Un factor importante fue el compromiso de crear un equipo mundial para dirigir la formulación y puesta en práctica de la estrategia de gestión de los conocimientos.
- Se logró elaborar una estrategia que es comprendida claramente a nivel de toda la Organización.
- El compromiso y la profesionalidad mostrados por el personal para alcanzar los resultados previstos, pese a la falta de recursos humanos y financieros, también fueron decisivos.
- Se logró explorar y crear alianzas con otros asociados, sobre la base de una serie de intereses compartidos.

- Las funciones clave de los servicios de publicación y biblioteca recibieron un apoyo constante, pese a la existencia de limitaciones presupuestarias.
- Se exploraron nuevas oportunidades de interés general y se definió el papel que la OMS debía desempeñar en esos contextos.
- Se aseguró un fortalecimiento eficaz de los recursos tecnológicos.
- Se adoptó un nuevo enfoque de trabajo, más centrado en los países.

Obstáculos

- Los esfuerzos para dar a conocer la estrategia de gestión de los conocimientos en todos los niveles de la Organización y a los principales asociados y grupos de interesados fueron insuficientes.
- No se contó con suficiente personal con los conocimientos necesarios para poner en práctica la nueva estrategia en un periodo de rápidos cambios, aunque en el bienio 2006-2007 se tratará de aliviar este problema.
- Hubo dificultades para consensuar en poco tiempo objetivos y enfoques comunes en todas las oficinas regionales y la Sede.
- Hubo que centrar la atención en un número demasiado elevado de objetivos diferentes, continuándose a destinar la mayoría de los recursos a la prestación de servicios internos.
- La elaboración de productos de información sanitaria depende de diversos procesos previos de planificación. Ediciones de la OMS debe contar con una información sobre el mercado de mayor calidad en lo que respecta a las tendencias, necesidades y repercusiones editoriales.
- Una de las regiones carecía de un presupuesto específico para esta área, mientras que en las demás, las actividades de gestión de los conocimientos estaban diseminadas entre varios departamentos.
- Se carecía de pruebas claras sobre prácticas de gestión de los conocimientos eficaces que propicien una mejora sistemática de los resultados sanitarios.
- La gestión de los conocimientos sigue siendo una esfera nueva que aún tiene que granjearse el apoyo de la comunidad de la salud pública en su conjunto.
- No se contaba con evaluaciones claras sobre la gestión de los conocimientos en los países.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es importante tener en cuenta las demandas de los países, y se debe velar por que en el próximo bienio las capacidades, en constante evolución, se ajusten a dichas demandas.
- Los beneficios resultantes de la gestión de los conocimientos deben darse a conocer más eficazmente. En el bienio 2006-2007, se hará una compilación de logros ejemplares en esta esfera, a la que se dará amplia difusión. Se está contratando a personal para hacerse cargo de esta tarea.
- También se está contratando a personal para idear un programa de capacitación en materia de gestión de los conocimientos y elaborar un conjunto de herramientas destinado tanto a la plantilla interna como a los trabajadores sanitarios en los países.
- El enfoque de las actividades se está orientando hacia la actuación a nivel de país. Por consiguiente, habrá que movilizar nuevos recursos para fortalecer los sistemas de salud y mejorar los resultados sanitarios en los países.
- Los países necesitan una asistencia más eficaz en materia de gestión de los conocimientos. Es preciso contratar personal que se encargue de elaborar un modelo que permita prestar una asistencia técnica eficaz a los países prioritarios en 2006-2007.
- Es esencial evaluar la necesidad de preparar publicaciones de la OMS, así como su posible repercusión, pese a las dificultades que ello implica. Debe darse prioridad en esta área a nuevos enfoques que permitan maximizar la eficiencia y ayudar a los destinatarios.
- Debe seguir avanzándose hacia la modernización. La difusión en línea de información externa ha mejorado los servicios ofrecidos a los usuarios, tanto a nivel regional como mundial. Para apoyar los esfuerzos desplegados en esa esfera, se crearán plataformas más eficaces de gestión de los conocimientos internos.
- Es necesario asegurar que las regiones asuman como propios los esfuerzos relacionados con la ejecución del plan de gestión de los conocimientos. En 2006-2007 se estudiarán, por tanto, diversas estrategias para incentivar el liderazgo regional en eventos y proyectos clave y para dar continuidad a la colaboración y el apoyo mundiales en las iniciativas más importantes.
- Se precisan sistemas que permitan evaluar hasta qué punto los instrumentos, técnicas y enfoques relacionados con la gestión de los conocimientos son eficaces para mejorar los resultados sanitarios. Tanto el plan operativo de la Organización como los sistemas de medición pertinentes de los países proponen algunas opciones aplicables a estos efectos.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Es necesario crear una base de pruebas científicas sobre la eficacia de las distintas prácticas. Se pondrá especial empeño en colaborar con las instancias encargadas de la salud pública en la realización de investigaciones sobre la gestión de los conocimientos dentro de las políticas sanitarias y las iniciativas comunitarias.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		46 162	30 554	18 758	49 302
Porcentaje	países	9	5	4	4
	regiones	37	52	10	36
	mundo	54	43	86	60

POLÍTICA Y PROMOCIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

Objetivo(s) de la OMS

Alentar la realización de investigaciones para, con y por los países en desarrollo, identificando los descubrimientos que encierren posibilidades de mejorar la salud; incitando a investigadores de todo el mundo a abordar los problemas de salud más prioritarios, y poniendo en marcha iniciativas encaminadas a fortalecer la capacidad de investigación de los países en desarrollo a fin de que las políticas sanitarias se basen en evidencia sólida derivada de investigaciones.

Indicadores y logros

- *Sistemas robustos de investigación sanitaria en los países.* Se logró fortalecer los sistemas de investigación sanitaria en 13 países de ingresos bajos y medios haciéndoles participar en la iniciativa para el análisis de los sistemas de investigación sanitaria, cuya finalidad es fortalecer las capacidades nacionales de investigación sanitaria y los sistemas conexos en los Estados Miembros, en particular en los países en desarrollo.
- *Mayor énfasis mundial en la investigación de los problemas de salud de los países en desarrollo.* Se puso mayor énfasis en la investigación de los problemas de salud de los países en desarrollo. La Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, celebrada en México D.F. en noviembre de 2004, se centró en las investigaciones requeridas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Este evento constituyó la primera ocasión en que los ministros de salud se reunían para hablar de investigación sanitaria.

Logros principales

- Durante el bienio se intensificó la colaboración con las oficinas regionales, que participaron, entre otras cosas, en la organización de las reuniones preparatorias para la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud y en la iniciativa para el análisis de los sistemas de investigación sanitaria.
- Tras la Cumbre Ministerial, se puso en marcha en la Región del Pacífico Occidental una red de políticas basadas en pruebas científicas para salvar la distancia entre las políticas y las prácticas de investigación en el sector de la salud; en 2006 se implantará una red similar en la Región de África.
- Desde la celebración de la Cumbre Ministerial, la investigación sanitaria fue cobrando mayor protagonismo en los órganos deliberantes de la OMS. El informe que se presentó en la Cumbre también contribuyó a aumentar la concienciación sobre la investigación sanitaria y la función y las responsabilidades de la OMS en esta esfera.¹
- La OMS pudo brindar apoyo a los países y a la comunidad internacional, a través de la red de políticas basadas en pruebas científicas, la iniciativa para el análisis de los sistemas de investigación sanitaria y la plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos.

Descripción de algunos logros

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA58.34, que reconoce el resultado de la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, celebrada en México D.F. en noviembre de 2004.² Los 400 participantes que asistieron al evento, incluían 21 ministros de salud, tres viceministros y 28 jefes de delegación, en marcado contraste con la Conferencia Internacional sobre Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo, celebrada en 2000, que sólo contó con la presencia de un ministro de salud. Al preparar la siguiente Conferencia Internacional, se pondrá el máximo empeño en alentar la participación de los ministros de salud, a fin de asegurar que sus resultados sean aprobados por todos los Estados Miembros.

¹ *World report on knowledge for better health: strengthening health systems.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

² Resolución WHA58.34.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá actualizado la política de investigación de la OMS para que refleje las nuevas tendencias, los avances científicos recientes de interés para la salud, las lagunas en los conocimientos y los aspectos éticos de las investigaciones, con objeto de fortalecer la capacidad para adoptar decisiones racionales en lo que atañe a las prioridades de investigación.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Medida en que las tendencias actuales, los nuevos descubrimientos y las normas éticas adecuadas están reflejados en las posturas de política de la OMS relativas a las investigaciones	Las tendencias, los nuevos descubrimientos y las normas éticas no estaban reflejados de forma sistemática en las posturas de política de la OMS relativas a las investigaciones.	Asegurar que las tendencias, los nuevos descubrimientos y las normas éticas estén reflejados expresamente en las posturas de política de la OMS relativas a las investigaciones	Se confía en que el documento de posición sobre la función y las responsabilidades de la OMS en materia de investigación sanitaria examinado por el Consejo Ejecutivo en enero de 2006 propicie cambios en la política de investigaciones aplicada dentro de la Organización.
Presencia e importancia de la política de investigaciones de la OMS en las actividades de investigación sanitaria emprendidas a nivel mundial	Presencia e importancia limitadas	Asegurar que la política de investigaciones de la OMS ocupe un lugar destacado en la agenda mundial	Se constató un aumento de la presencia e importancia de la política de investigaciones en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud y a través de la publicación del informe presentado en dicho evento. ¹

La OMS publicó un documento de posición que aclara cuáles son las responsabilidades actuales y futuras de la OMS en materia de investigación sanitaria, tanto dentro como fuera de la Organización.

Se habrán puesto en marcha mecanismos para establecer redes y alianzas destinadas a mejorar la cooperación internacional en el ámbito de la investigación sanitaria, incluidos vínculos prácticos y sostenibles entre los comités consultivos de investigaciones sanitarias, mundial y regionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de comités consultivos de investigaciones sanitarias regionales que mantienen vínculos explícitos, operacionales y de procedimiento, con el Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias mundial	6	6	6
Número de asociaciones y redes establecidas para mejorar la cooperación internacional entre la OMS y otras organizaciones que realizan investigaciones sanitarias	3	5	5

Todos los presidentes de comités consultivos de investigaciones sanitarias regionales son ahora miembros plenos del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias. Además de poner en marcha en 2005 la red de políticas basadas en pruebas científicas y la plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos, la OMS siguió cooperando y desempeñando una función de enlace con el Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias y el Consejo de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo. La Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud pasó a formar parte de la OMS al registrarse una creciente interconexión entre la labor de ambos organismos. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental promovió lazos de asociación a largo plazo con el Foro Mundial para los comités de examen ético de la región, y el Consejo de Investigaciones Sanitarias de Nueva Zelanda colaboró con la Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud y con diversos asociados canadienses en la preparación de la red de políticas basadas en pruebas científicas. Asimismo, concertó un acuerdo de colaboración especial con el Consejo de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo y el Consejo de Investigaciones Sanitarias del Pacífico.

¹ *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Se habrá puesto en funcionamiento un marco para prestar apoyo normativo y técnico a fin de fortalecer las investigaciones en salud y la capacidad para llevarlas a cabo en los países en desarrollo, incluidos métodos y estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de investigación sanitaria.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de oficinas regionales, oficinas de los países y centros colaboradores de la OMS con acceso web en tiempo real a las principales bases de datos mundiales de información científica y normativa de interés para las investigaciones sanitarias, así como a otras bases de datos relacionadas con las actividades de investigación de la OMS, los cuadros de expertos y los centros colaboradores de la OMS	No establecido	No establecida	No se dispone de datos.
Trabajo y métodos analíticos relacionados con la evaluación del desempeño de los sistemas de investigación sanitaria	10	Inicialmente se invitó a 15 países a tomar parte en el proyecto piloto de análisis de los sistemas de investigación sanitaria.	13 países de ingresos bajos y medios participaron en el proyecto piloto.
Número de iniciativas destinadas a fortalecer la capacidad de investigación sanitaria en determinadas áreas	3	5	5

Se realizaron estudios piloto sobre los sistemas de investigación sanitaria en 13 países, que se completarán en breve. Se pusieron a disposición de los países instrumentos y metodologías de investigación de los sistemas sanitarios para su adaptación a las circunstancias locales. La red de políticas basadas en pruebas científicas se estableció en cinco países de la Región del Pacífico Occidental y se ampliará en 2006 a la Región de África. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental participó asimismo en investigaciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles, por ejemplo en encuestas basadas en la aplicación del método progresivo de vigilancia y un programa de pequeñas becas para investigaciones sanitarias patrocinado por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

Se habrá prestado apoyo y asesoramiento dentro de la OMS a las actividades relacionadas con la investigación.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Pruebas de la importancia concedida a temas de investigación sanitaria en los informes, documentación y comunicados de prensa de la OMS	La importancia otorgada en la OMS a la investigación sanitaria era insuficiente.	Lograr que dentro de la OMS se otorgue más importancia a la investigación sanitaria	El Consejo Ejecutivo examinó en enero de 2006 un documento de posición sobre la función y las responsabilidades de la OMS en materia de investigación sanitaria. La Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud se mencionó en los informes de otros 8 departamentos de la Sede. En las regiones, se apoyaron diversas actividades de investigación, a través de los comités consultivos regionales de investigaciones sanitarias y los órganos homólogos regionales de 4 departamentos.

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA58.34, en la que se pide al Director General que lleve a cabo una evaluación de los recursos internos, los conocimientos especializados y las actividades de la OMS en el ámbito de la investigación en salud con miras a preparar un documento de posición sobre el papel y las responsabilidades de la Organización en dicho ámbito, y que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.¹

¹ Resolución WHA58.34.

Se habrán establecido mecanismos de aumento de la capacidad de los centros colaboradores de la OMS para realizar investigaciones en áreas de alta prioridad.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Mayor actividad de los centros colaboradores de la OMS en áreas de investigación de alta prioridad como parte de las redes nacionales o regionales de centros	No establecido	No establecida	Durante el bienio se emprendió una racionalización de los centros colaboradores y se redujo drásticamente el número de centros inactivos.
Nivel del apoyo técnico y del apoyo a la movilización de recursos prestados a los centros colaboradores de la OMS para la realización de actividades relacionadas con la investigación en áreas de alta prioridad	No establecido	No establecida	Se lograron escasos avances debido a limitaciones financieras.

La Oficina Regional para el Pacífico Occidental apoyó el establecimiento de una red de centros colaboradores y centros especializados en Tailandia, a la que se dotó de una secretaría; se empezó a distribuir en Tailandia y otros Estados Miembros un boletín informativo de periodicidad mensual.

Se habrá prestado apoyo y asesoramiento a los Estados Miembros, y dentro de la OMS, en relación con asuntos de ética y salud.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de Estados Miembros y de programas de la OMS que reciben asesoramiento sobre asuntos de ética y salud	No establecido	No establecida	En el bienio 2004-2005, se examinaron 359 propuestas de 75 Estados Miembros en 2004 y 53 propuestas en 2005. En 2004-2005, el Comité de la OMS de examen de los aspectos éticos de las investigaciones examinó 357 propuestas presentadas por diferentes departamentos de la Organización.

Se designó como representante del personal en el Comité de la OMS de Examen de los Aspectos Éticos de las Investigaciones a un miembro del comité de selección de propuestas de subvenciones de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental para investigaciones en esferas prioritarias de la salud pública. Se celebró en Blantyre (Malawi) en marzo de 2005 una reunión paralela del Foro Mundial de Bioética e Investigación Sanitaria, para la Región de África. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental facilitó apoyo a participantes de unos 10 países para que pudieran asistir a talleres de capacitación u otros eventos como la conferencia anual del Foro para los Comités de Examen Ético de la Región del Pacífico Occidental, celebrada en Pattaya (Tailandia) en diciembre de 2005.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Uno de los factores de éxito fue la existencia de una cultura institucional que valora las investigaciones sólidas.
- Otro elemento beneficioso fue la mayor «visibilidad» de las iniciativas de investigación dentro de la OMS.

Obstáculos

- Los recursos financieros y humanos disponibles fueron escasos, lo que limitó la respuesta a las expectativas creadas en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud.
- El personal de algunas oficinas regionales se encontró con responsabilidades difíciles de compatibilizar; esto limitó el tiempo disponible para las actividades de investigación sanitaria.
- Falta de voluntad y compromiso político en materia de investigación sanitaria: la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud constituyó la primera ocasión en que los ministros de salud se reunían para tratar este tema.
- El establecimiento de una plataforma eficaz de registros internacionales de ensayos clínicos se retrasó reiteradas veces debido a los intereses creados de las compañías farmacéuticas.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Las iniciativas de cierta envergadura precisan una mejor planificación. En consecuencia, ya se han empezado a celebrar reuniones preparatorias para la Cumbre Ministerial de 2008.
- En el bienio 2006-2007 las solicitudes de financiación tendrán en cuenta las prioridades, los programas y las actividades de los donantes.
- En las tareas de planificación conjunta con las oficinas regionales relativas a la investigación sanitaria, deben tenerse presentes las diferentes prioridades de las regiones y sus distintos niveles de concienciación y capacidad.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		20 217	8 024	5 919	13 943
Porcentaje	países	37	15	1	9
	regiones	23	42	42	42
	mundo	40	43	57	49

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Objetivo(s) de la OMS

Colaborar con los Estados Miembros a fin de mejorar su capacidad para prestar servicios de salud de alta calidad de manera asequible, eficiente y equitativa a toda la población, especialmente a los grupos más pobres y más vulnerables, mediante el desarrollo y el fortalecimiento de sistemas de planificación y dispensación de los servicios de salud, y reunir evidencia e idear instrumentos en apoyo de una formulación y aplicación fundamentadas y participativas de las políticas.

Indicadores y logros

- *Disponibilidad de instrumentos prácticos concebidos para ayudar a los formuladores de políticas y los profesionales de la salud a analizar los efectos de los sistemas sanitarios en el acceso y los resultados sanitarios de los pobres, así como para mejorar la calidad y desempeño de los servicios de salud.* Se prepararon directrices sobre los siguientes aspectos relacionados con el desarrollo de recursos humanos para la salud: actuación en situaciones posconflicto, evaluación rápida, políticas y planificación, funciones esenciales de salud pública, cuentas nacionales de salud y análisis del sector sanitario.
- *Mayor capacidad de los países para adaptar y utilizar esos instrumentos en sus particulares circunstancias.* Cuarenta y seis países mejoraron su capacidad para aplicar instrumentos y directrices a través de: talleres de capacitación regionales, eventos nacionales, estudios piloto y la formación de grupos de trabajo técnicos.
- *Redes operativas de conexión con instituciones regionales y nacionales y alianzas activas con organismos internacionales que prestan apoyo al análisis y desarrollo de una rectoría, financiación y generación y suministro de recursos más eficaces en los países.* En todas las regiones se fortalecieron las alianzas y se establecieron redes regionales o se robustecieron las ya existentes.

Logros principales

- La atención prestada recientemente al personal sanitario, en el marco de los Foros de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la salud, la consulta sobre recursos humanos celebrada en Oslo, la Joint Learning Initiative y la consulta regional organizada en África, contribuyó a la formulación de estrategias comunes para promover un esfuerzo más concertado entre los principales asociados. Un grupo de trabajo creado con carácter transitorio se esforzó por mejorar la definición de una alianza mundial para el personal de salud, con miras a reforzar la eficacia de las estrategias nacionales de fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria. Se organizaron numerosas actividades en respuesta al *Informe sobre la salud en el mundo 2006* y al Día Mundial de la Salud 2006, ambos consagrados a los recursos humanos para la salud.
- La OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con la finalidad de lograr una mayor concienciación y promover el compromiso político en relación con la mejora de la seguridad de los pacientes en todos los Estados Miembros, sobre la base de los esfuerzos e iniciativas nacionales ya existentes. Se confía en que la Alianza contribuirá a mejorar notablemente la seguridad a largo plazo y que entrañará una disminución de los efectos negativos y los gastos.
- Se creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, integrada por 20 comisionados que representan a los gobiernos, la sociedad civil y el mundo académico de todas las regiones, con el cometido de promover cambios e intervenciones de política en relación con los determinantes sociales de la salud.

Descripción de algunos logros

Los Foros de Alto Nivel celebrados en Abuja en 2004 y París en 2005, así como una consulta celebrada en Oslo en 2005, contribuyeron a convertir los recursos humanos para la salud en un asunto de máxima prioridad. El *Informe sobre la salud en el mundo 2006* propició mejoras en la recopilación y verificación de datos en todas las regiones, estudios sobre la regulación y acreditación de los trabajadores sanitarios en la Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental y sobre las migraciones de profesionales de la salud en la Región del Pacífico Occidental, y la celebración de diálogos sobre políticas de alto nivel en la Región de Europa. La consulta de interesados directos organizada en julio de 2005 en la Oficina Regional para África allanó el camino para la ejecución del programa de recursos humanos para la salud acordado en Abuja, París y Oslo. En la Región del Pacífico Occidental, el examen y análisis de situación emprendidos a nivel de países y regional condujo a la elaboración de un proyecto de estrategia regional para 2006-2015. Se inició asimismo la elaboración de un proyecto de código de prácticas del Pacífico para la contratación de personal sanitario en los países insulares de la región. En 14 Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, se realizó una cartografía completa de las iniciativas de fortalecimiento de los recursos humanos para la salud. En la Región de Asia Sudoriental, la atención se centró en el robustecimiento de las instituciones de salud pública. En la Región de Europa, la aplicación en 2004 de las conclusiones de un estudio planteó cuestiones relacionadas con las políticas migratorias; en 2005 se organizó en relación con este particular un diálogo sobre políticas, para los países bálticos. En la Región de las Américas, hay en funcionamiento observatorios de recursos humanos; se proseguirán los esfuerzos emprendidos de cara al establecimiento de órganos similares en la Región de África.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán validado marcos utilizables por los países para reunir y analizar datos sobre los cambios en la organización de los sistemas sanitarios y sus repercusiones en el acceso a los servicios y los resultados sanitarios de los pobres.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de instrumentos prácticos (como, por ejemplo, cuentas nacionales de salud) para ayudar a los formuladores de políticas a analizar los cambios de los sistemas de salud y sus consecuencias en el acceso y los resultados sanitarios de los pobres	Ningún instrumento disponible en los países en desarrollo	Elaborar y ensayar instrumentos en los países destinatarios	Se elaboraron varios instrumentos, entre ellos unas directrices sobre los recursos humanos para situaciones de posconflicto.

Se elaboraron y aplicaron en algunos Estados Miembros varios mecanismos e indicadores destinados a mejorar la dispensación de servicios de salud y los resultados conexos, en particular: indicadores relacionados con los perfiles de país; el instrumento de análisis del sector sanitario; cuentas nacionales de salud; y un instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en la Región de las Américas. En la Región de Europa, se inició en tres países la preparación y/o aplicación de cuentas nacionales de salud adaptadas a las necesidades locales; asimismo, se idearon o se empezaron a elaborar instrumentos de evaluación de la calidad, medición del desempeño, acreditación y concesión de licencias.

Se habrán formulado estrategias para fortalecer la capacidad nacional de desarrollo y aplicación de políticas que mejoren la salud de los pobres, considerando en especial los problemas de salud de alta prioridad y la mejora de la rectoría (incluidas la legislación, la reglamentación y la acreditación).

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Una mayor capacidad nacional para formular y poner en práctica políticas que mejoren la salud de los pobres en determinados países de todas las regiones de la OMS	Capacidad limitada	Mejorar la capacidad, entre otras cosas mediante la elaboración de instrumentos y documentos de política	Se elaboró un instrumento de lucha contra la exclusión social, que se puso en práctica en 9 países.

En la Región de Europa, se prepararon o actualizaron documentos sobre política sanitaria en cuatro Estados Miembros; se prepararon documentos específicamente centrados en la salud y la pobreza en dos Estados Miembros; y se alcanzó un nivel de aplicación satisfactorio o se realizó una buena labor preparatoria en 10 Estados Miembros.

Se habrán mantenido y ampliado las bases de conocimientos, redes y alianzas a fin de crear en los países capacidad de apoyo a una mejor rectoría, financiación, y generación y suministro de recursos sanitarios, así como para el fortalecimiento de los procesos de gestión en los niveles nacional y subnacional.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Redes operativas de instituciones regionales y nacionales, y asociaciones con otros organismos internacionales que apoyan activamente el desarrollo de sistemas más eficaces de administración, financiación y generación y suministro de recursos en los países	Redes incipientes en algunas regiones	Crear y fortalecer redes en todas las regiones	Se establecieron o fortalecieron redes regionales en todas las regiones.
Bases de información de acceso público sobre la organización de las funciones de los sistemas de salud	Disponibilidad y utilización deficientes de las bases de información	Mejorar la disponibilidad y utilización de los recursos de información relativos a los sistemas sanitarios	Se logró asegurar la disponibilidad de perfiles de sistemas sanitarios nacionales para la mayoría de los países de las Regiones de Europa y el Mediterráneo Oriental. Se inauguró en la Sede un sitio web especialmente dirigido a los gestores de servicios de salud que se centra en los sistemas con recursos limitados.

A nivel mundial destaca la creación de una red de expertos y médicos para el desarrollo de la fuerza de trabajo sanitaria, que cuenta ya con más de 600 suscriptores. La red, moderada por la OMS, es una iniciativa basada en la colaboración. En 2006 se estableció una alianza consagrada a los recursos humanos para la salud. A nivel regional, cabe señalar los logros siguientes: en la Región de las Américas, el Observatorio de Recursos Humanos de Salud prosiguió su labor en esta esfera; en la Región de Asia Sudoriental, se establecieron redes funcionales para la salud pública y la enseñanza de la medicina; en la Región de Europa, se emprendió un proyecto de hospitales promotores de la salud, se fortalecieron los lazos de asociación con el Consejo de Europa, la Comisión Europea, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y se organizó conjuntamente con el Banco Mundial un curso piloto sobre reforma del sector sanitario y financiación sostenible; en la Región del Pacífico Occidental, la oficina regional puso en marcha en colaboración con sus asociados una iniciativa de ciberaprendizaje, denominada Red del Pacífico de Aprendizaje Abierto sobre Temas de Salud, con el fin de promover el acceso a la información y la formación de trabajadores sanitarios en los pequeños países insulares; en la Región del Mediterráneo Oriental, el Observatorio Regional sobre los Sistemas de Salud preparó perfiles de los sistemas sanitarios para 18 Estados Miembros, utilizando para ello una plantilla normalizada. Entre los demás ejemplos de información de acceso público cabe citar el atlas mundial de la fuerza de trabajo sanitaria y la base de datos relativa a las cuentas nacionales de salud en la Sede, un sistema de información sobre la reforma del sector de la salud en la Región de las Américas, y una publicación sobre los sistemas sanitarios en transición dirigida a los Estados Miembros en la Región de Europa.¹

Se habrán validado las pruebas y las mejores prácticas y se habrá prestado apoyo a los países para definir y poner en práctica sus opciones normativas relacionadas con la prestación de servicios de salud y el desarrollo y empleo de los recursos humanos (incluidas cuestiones relativas a motivación y migración).

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad y puesta en práctica, en determinados países de todas las regiones de la OMS, de opciones normativas destinadas a mejorar la cobertura de los servicios de salud y la contratación y el aprovechamiento de los recursos humanos, basadas en la evidencia y las mejores prácticas validadas	6 países habían llevado a cabo un análisis minucioso de los recursos humanos para la salud; 4 países habían elaborado planes nacionales.	Lograr que 20 países utilicen opciones e instrumentos normativos	26 países elaboraron y pusieron en práctica opciones normativas centradas en los recursos humanos para la salud, en particular en la migración y la retención de trabajadores sanitarios.

Dieciséis países insulares del Pacífico elaboraron un proyecto de código de prácticas para la contratación de personal sanitario. Catorce Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental utilizan opciones e instrumentos normativos de la OMS en relación con el desarrollo de los recursos humanos. En la Región de África, 12 países prepararon políticas y planes relacionados con el personal sanitario y cuatro países aplicaron estrategias de retención de trabajadores.

¹ *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Se habrán elaborado estrategias, métodos, directrices e instrumentos para que los países puedan evaluar la cobertura y el desempeño de los proveedores, así como mejorar la prestación y calidad de los servicios de salud dirigidos a individuos y poblaciones.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de estrategias, métodos e instrumentos y capacidad para aplicarlos en determinados países con el fin de evaluar la cobertura y el desempeño de los proveedores y de mejorar la prestación y calidad de los servicios de salud	6 países utilizaban el Módulo de Tecnologías Sanitarias Esenciales para asignar recursos y mejorar la prestación de servicios.	Lograr que 10 países utilicen el Módulo de Tecnologías Sanitarias Esenciales	Ya son 10 los países que utilizan el Módulo de Tecnologías Sanitarias Esenciales para asignar recursos y mejorar la prestación de servicios, sobre todo en el área Reducir los riesgos del embarazo.
Pruebas de la aplicación de instrumentos a nivel subnacional en determinados países de todas las regiones de la OMS	No se conocía con exactitud el uso o la aplicación de instrumentos.	Utilización de instrumentos en 25 países	Se comprobó que en 21 países se utilizan instrumentos centrados en los programas de garantía de la calidad y los sistemas de evaluación de la calidad y el desempeño de los hospitales. En 2005 se aplicó en 3 países africanos un sistema para la evaluación de los métodos de desarrollo de la gestión utilizados en países de ingresos bajos.

En el marco de los preparativos para la reunión convocada por la OMS en abril de 2005 en Glion-sur-Montreux (Suiza) bajo el título «The Montreux Challenge: Making Health Systems Work», se elaboraron marcos técnicos para la financiación de la salud; la fuerza de trabajo sanitaria; los sistemas de información sanitaria; la gestión local; y la importancia del sector no estatal para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los países de ingresos bajos. Se articularon diferentes modos en que las iniciativas mundiales en pro de la salud pueden contribuir a fortalecer determinados componentes de los sistemas sanitarios y a salvar posibles escollos. Quince Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental empezaron a aplicar programas nacionales de garantía de la calidad. En la Región de Europa, se utilizaron de forma experimental, en 40 centros hospitalarios de seis Estados Miembros, instrumentos de evaluación de la calidad y el desempeño de los hospitales. A nivel de países, Bangladesh revisó y reimplantó un conjunto de herramientas de planificación para su empleo a nivel local. Se empezaron a preparar en todas las regiones instrumentos y directrices adicionales. En la Región de Europa, la actualización de 29 evaluaciones de las necesidades sanitarias nacionales dio lugar a la formulación de recomendaciones sobre cobertura y recursos humanos; se prosiguió asimismo la estrategia regional de renovación de la atención primaria de salud, por medio de consultas nacionales y regionales.

Se habrán ideado métodos, directrices e instrumentos para la planificación, enseñanza, gestión y mejora del desempeño del personal de salud, procurando armonizar la participación del sector privado en el logro de los objetivos nacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Métodos e instrumentos concebidos para mejorar la distribución, la calidad y el desempeño del personal de salud, y disponibles y utilizados en los países destinatarios en todas las regiones de la OMS	0	Lograr que 10 países ensayen instrumentos especiales	Se elaboraron y ensayaron instrumentos en 9 países.

En cinco Estados Miembros de la Región del Pacífico Occidental se utilizaron diversos instrumentos de gestión de los recursos humanos: un modelo de estimaciones/proyecciones; instrumentos de evaluación del desempeño del personal; e indicadores de la carga de trabajo para la determinación de las necesidades de personal. En la Región de Europa, se empezaron a preparar con algunos asociados, como la Federación Mundial de Educación Médica, instrumentos para la enseñanza y la acreditación y se realizaron estudios vinculados al *Informe sobre la salud en el mundo 2006*.

Se habrá prestado a los países asesoramiento técnico y normativo basado en la evidencia y en las prácticas óptimas para que mejoren la prestación de servicios de salud y las inversiones en recursos humanos, material y capital, así como el uso de los mismos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Mejora de los mecanismos, métodos y capacidad en apoyo de las solicitudes de los países para recibir asesoramiento respecto a la mejora de las políticas y los sistemas, en comparación con la base de referencia establecida en 2002-2003	El apoyo a los países se enfocaba de forma poco sistemática.	Mejorar los mecanismos de apoyo a los países	Se lograron diversas mejoras, en particular la adopción de un enfoque más sistemático a la hora de apoyar los esfuerzos de los países relacionados con la descentralización, la financiación de la atención sanitaria y el robustecimiento de los recursos humanos.

Se llevó a cabo, en colaboración con la Sede, una evaluación rápida de las capacidades de gestión para la dispensación de servicios de salud a nivel de distrito en Sudáfrica, el Togo y Uganda. Las enseñanzas extraídas generarán debates a nivel nacional y entre los países y quedarán reflejadas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*. En la Región de Europa, se organizaron cinco diálogos sobre políticas y dos talleres internacionales de alto nivel. En la Región del Pacífico Occidental, se prestó apoyo a Indonesia para mejorar la descentralización del sector sanitario, se fortalecieron las capacidades a nivel regional y de países para ofrecer asesoramiento en materia de macroeconomía y salud y se celebraron talleres centrados en la financiación de la atención sanitaria. En la Sede, se ofreció asesoramiento técnico sobre diferentes aspectos relacionados con el desarrollo de recursos humanos para programas de salud prioritarios, como los de Alto a la Tuberculosis, VIH/SIDA, y paludismo. Se preparó además una publicación que ofrece a las instancias decisorias, los gestores de la atención sanitaria, los administradores y los dispensadores de asistencia orientación general para el rápido fortalecimiento de los servicios de salud, utilizando como ejemplo el tratamiento y la atención relacionados con el VIH/SIDA.

Se habrán elaborado estrategias, directrices e instrumentos y establecido alianzas para aumentar la capacidad de la OMS y de los países de formular y poner en práctica políticas sanitarias equitativas que respalden las estrategias nacionales de reducción de la pobreza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Mayor capacidad institucional de la OMS y de los países que aplican estrategias de reducción de la pobreza para formular políticas sanitarias e intervenciones que favorezcan a los pobres en el contexto de los programas nacionales de reducción de la pobreza	Conocimiento limitado de las políticas beneficiosas para los pobres, tanto dentro de la OMS como en los Estados Miembros	Lograr un mejor conocimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza	La Sede y las oficinas regionales para las Américas, Europa y el Pacífico Occidental publicaron informes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y análisis de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza.

Se preparó un informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio para su consideración en la 55ª reunión del Comité Regional de la OMS para Europa y se estableció también un grupo de trabajo sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la Región del Pacífico Occidental se elaboraron instrumentos para la integración de la pobreza y las cuestiones de género en los programas de enseñanza y formación profesional relacionados con la salud. En Bangladesh, el personal sanitario de los niveles primario y secundario recibió capacitación sobre la prestación de servicios beneficiosos para los pobres. En la Región de las Américas, en siete Estados Miembros se ofreció capacitación sobre la aplicación de enfoques sectoriales.

Se habrán ideado estrategias, métodos, directrices e instrumentos que permitan a los países establecer y fortalecer políticas y sistemas basados en pruebas científicas, necesarios para mejorar la seguridad del paciente como un elemento fundamental de la calidad de la atención de salud.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de estrategias, métodos, directrices e instrumentos, capacidad para aplicarlos y pruebas científicas de su utilización en 40 países, con miras a establecer y fortalecer políticas y sistemas basados en las pruebas científicas necesarias para mejorar la seguridad del paciente	0 países	Lograr que 40 países dispongan de estrategias, métodos e instrumentos destinados a garantizar la seguridad del paciente	46 países lograron mejorar su capacidad para aplicar los instrumentos y directrices pertinentes, a través de: talleres de capacitación regionales, eventos nacionales, actividades de creación de capacidad, estudios piloto y grupos de trabajo técnicos.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Disponibilidad de un marco y mecanismos normativos que promuevan una cultura de la seguridad y fomenten cambios generales destinados a mejorar la seguridad del paciente	Se había iniciado el examen de diversos mecanismos para apoyar los esfuerzos desplegados en materia de seguridad del paciente	Organizar en todas las regiones actividades de promoción relacionadas con la seguridad del paciente	Se organizaron en 5 regiones talleres y eventos regionales sobre seguridad del paciente para más de 100 países. Se iniciaron los trabajos en las 6 esferas de actividad relacionadas con la seguridad del paciente definidas en el programa de promoción de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

En octubre de 2004, se estableció y se puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuya finalidad es ofrecer un vehículo para la colaboración y actuación internacionales en esta materia. Se elaboraron instrumentos y directrices sobre higiene de las manos, notificación y aprendizaje, e investigación en seguridad del paciente. En la Región del Mediterráneo Oriental, se realizaron estudios y encuestas y se prepararon directrices sobre los servicios de envío de casos en cinco Estados Miembros y sobre los servicios médicos de urgencia en 14 Estados Miembros. En la Región de Europa, se preparó un documento sobre los sistemas sanitarios para la 55ª reunión del Comité Regional de la OMS para Europa. En la Región de las Américas, se estableció una red regional para la preparación de directrices sobre las prácticas clínicas; tres Estados Miembros elaboraron proyectos de investigación sobre la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención dispensada a los mismos.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Entre los elementos beneficiosos destacan el renovado interés en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, el reconocimiento de la necesidad de asegurar una actuación más concertada y la confianza en que la OMS ofrecería el liderazgo necesario.
- Se fortalecieron las alianzas mundiales y regionales y aumentó el compromiso en relación con los sistemas sanitarios y los recursos humanos para la salud, sobre todo en África.
- Los fondos disponibles a nivel de países se incrementaron por medio de mecanismos de financiación internacionales, y se reconoció la necesidad de adoptar enfoques coordinados.
- Se registró entre los Estados Miembros una importante demanda de apoyo para mejorar o actualizar los servicios y sistemas de salud.

Obstáculos

- Los recursos financieros y humanos disponibles para atender la creciente demanda fueron limitados.
- La estructura del Programa General de Trabajo y las obligaciones conexas relacionadas con la presentación de informes obstaculizan la coordinación y el trabajo en equipo a nivel mundial.
- Algunos asociados clave no mostraron el grado de compromiso requerido; otro problema fue la asunción por parte de los homólogos nacionales de compromisos difícilmente conciliables.
- Los sesgos en la asignación de fondos importantes en las áreas prioritarias no contribuyen a la sostenibilidad de las mejoras relacionadas con los sistemas sanitarios.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Fomentar el contacto del personal de los sistemas sanitarios nacionales con otros países ayuda a reforzar los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, y contribuye a la creación de capacidad y confianza. Durante el próximo bienio, deberá promoverse esta práctica.
- Para crear lazos de asociación y fomentar el consenso en relación con el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, se precisa un enfoque más concertado y un compromiso más sostenido en todos los niveles de la OMS y también entre sus asociados.
- La necesidad de adoptar con respecto a los recursos humanos y los sistemas sanitarios un enfoque coordinado a largo plazo debería quedar parcialmente cubierta por el proyecto de estrategia regional de recursos humanos para 2006-2015 y la estrategia de fortalecimiento de los sistemas sanitarios, que se están preparando, respectivamente, en la Oficina Regional para el Pacífico Occidental y en la Sede.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		159 966	101 440	44 494	145 935
Porcentaje	países	61	65	39	57
	regiones	22	25	24	25
	mundo	17	10	37	18

ÓRGANOS DELIBERANTES

Objetivo(s) de la OMS

Prestar apoyo a los órganos deliberantes regionales y mundiales mediante una preparación y dirección eficientes de sus reuniones, incluida la difusión puntual de documentación de fácil acceso y lectura y de alta calidad, así como de las actas y resoluciones posteriores a las reuniones con miras a la formulación de políticas.

Indicadores y logros

Mayor consenso en los debates de la Asamblea de la Salud: Durante el bienio 2004-2005, el nivel de consenso alcanzado en las negociaciones relativas a las resoluciones fue considerablemente mayor que en años anteriores, como demuestra, por ejemplo, el hecho de que por primera vez en 10 años se acordara aumentar el presupuesto ordinario.

Logros principales

- Todos los comités regionales celebraron durante el bienio dos reuniones, encargándose generalmente uno o varios comités permanentes o subcomités de la correspondiente labor preparatoria.
- Las reuniones de los órganos permanentes se celebraron según lo previsto, en lo tocante a los elementos de accesibilidad, facilidad de lectura y calidad reconocida enunciados en los objetivos de la OMS.
- Se estableció el Comité de Programa, Presupuesto y Administración (CPPA) del Consejo Ejecutivo, en sustitución de los tres comités anteriores, a saber, el Comité de Desarrollo del Programa, el Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas y el Comité de Auditoría.
- Se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- El Grupo de Trabajo Intergubernamental de Composición Abierta sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco completó los preparativos para la primera Conferencia de las Partes.
- Las reuniones se celebraron en los idiomas oficiales apropiados, y la documentación se facilitó en los idiomas previstos en los respectivos reglamentos de los órganos deliberantes o, en el caso de los comités subsidiarios, del órgano deliberante del que depende cada uno de ellos.
- Según los informes recibidos de las regiones, la celebración de las reuniones de los órganos deliberantes regionales avanzó de forma satisfactoria y reportó resultados apropiados y prácticos, reflejo del aumento de la cooperación, la comunicación y coordinación de políticas entre los Estados Miembros y la Secretaría; en algunos casos, se notificaron asimismo mejoras en materia de documentación.

Descripción de algunos logros

Pese a los problemas de conectividad registrados en algunas zonas y a la necesidad de facilitar documentos a más de 40 países, en la Región de África se logró por primera vez que toda la documentación pertinente estuviese disponible en Internet antes de la 55ª reunión del Comité Regional; el informe regional se publicó en la red antes de transcurridas cuatro semanas después del cierre de la reunión. Los países y organizaciones participantes recibieron además un CD-ROM con toda la documentación de interés.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán adoptado resoluciones centradas en las políticas y la estrategia que brindarán a los Estados Miembros y a la Secretaría de la OMS indicaciones claras respecto a su aplicación.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de resoluciones adoptadas que se centran en las políticas y pueden aplicarse a nivel mundial, regional y nacional	No existía una correlación directa entre las resoluciones y el presupuesto por programas	Aumentar el número de resoluciones, de conformidad con el presupuesto por programas acordado	Se logró que para la 117ª reunión del Consejo Ejecutivo todas las resoluciones (100%) preparadas por la Secretaría incluyeran una indicación del costo previsto y su relación con el presupuesto por programas 2006-2007.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Se hizo especial hincapié en el establecimiento de requisitos realistas en relación con la presentación de informes sobre la aplicación de las resoluciones por los Estados Miembros y la Secretaría. De las 33 resoluciones técnicas presentadas durante el bienio, 25 tenían un marco temporal que cabría calificar de realista (superior a dos o más años). Con arreglo a lo previsto en el artículo XV del Reglamento Financiero, se iniciaron en 2005 los preparativos para asegurar que todas las resoluciones propuestas al Consejo Ejecutivo vayan acompañadas de una descripción de las repercusiones en materia de recursos. En 2006 se seguirá perfeccionando el sistema utilizado para indicar con respecto a todas las resoluciones el costo previsto y su relación con el presupuesto por programas.

Habrá mejorado la comunicación entre los Estados Miembros, los miembros del Consejo Ejecutivo y la Secretaría de la OMS.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Frecuencia de uso eficaz de los canales de comunicación entre los Estados Miembros y los órganos deliberantes a nivel mundial, regional y nacional en relación con la labor de la OMS	Sesiones informativas para las misiones, «Consejo Ejecutivo virtual», sitio web, consultas electrónicas	Establecer un mecanismo adicional	En julio de 2005 se creó el Boletín para los miembros del Consejo Ejecutivo, de periodicidad bimensual.

En 2004 se descargaron más de 6,5 millones de páginas de los subsitios del sitio web de la OMS dedicados a los órganos deliberantes; en 2005 el número de descargas aumentó a 10 millones, con lo cual esas páginas pasaron a ocupar el octavo puesto dentro de los subsitios más visitados de la OMS. El desglose por idiomas correspondiente a ese mismo año muestra que alrededor de un 24% de los documentos se descargaron en inglés y entre un 13% y un 18% en árabe, chino, español, francés y ruso. En 2004, el «Consejo Ejecutivo virtual» se perfeccionó y se convirtió en un sitio web accesible en los seis idiomas oficiales; en 2005, se utilizó para albergar las consultas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la investigación sanitaria.

Los órganos deliberantes habrán celebrado sus reuniones a nivel mundial en todos los idiomas oficiales de la OMS, y los comités regionales en los idiomas oficiales que se hayan acordado.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Proporción de reuniones de los órganos deliberantes celebradas en los idiomas oficiales pertinentes	100%	100%	100%

Toda la documentación para la Asamblea de la Salud, el Consejo Ejecutivo, los comités regionales y las reuniones intergubernamentales fue traducida a los idiomas oportunos; no obstante, hubo varios documentos de antecedentes de gran extensión que no se ofrecieron en los seis idiomas para el Consejo Ejecutivo o la Asamblea de la Salud, así como algunos documentos largos que no se ultimaron a tiempo. Las regiones no notificaron ningún caso en que se dieran problemas de este tipo.

Habrá mejorado la comunicación y la coordinación en el establecimiento de los programas de trabajo de los órganos deliberantes regionales y mundiales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Grado de coherencia entre las distintas agendas y resoluciones de los órganos deliberantes regionales y mundiales	Poca coordinación institucional	Aumentar la coordinación explícita	Hay pruebas de que existe una mayor coordinación entre los órganos regionales y los mundiales.

En 2005 dos comités regionales solicitaron expresamente al Director General la inclusión de determinados puntos en el orden del día del Consejo Ejecutivo. En 2004 todos los comités regionales examinaron el presupuesto por programas 2006-2007. En 2005 se sometieron a examen el Programa General de Trabajo, la asignación estratégica de recursos y el plan estratégico a medio plazo.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Mejora de la coordinación entre los Estados Miembros, tanto a nivel regional como de la Sede.

Obstáculos

- En la Sede, el volumen de la documentación requerida para las reuniones, que con frecuencia se celebran casi consecutivamente. Ese problema viene agravado por el hecho de que el «principio de las cuatro páginas» a menudo no procede o no se observa.
- Los recursos financieros y humanos son insuficientes para poner remedio al problema arriba descrito.
- Una oficina regional identificó la distancia geográfica como factor que obstaculiza la distribución puntual de los documentos.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La celebración de consultas detalladas y extensas con los Estados Miembros es muy importante de cara a la preparación de las reuniones; esta práctica se ampliará, en la medida de lo posible, en el bienio 2006-2007.
- Asegurar que la documentación sea concisa y esté bien elaborada resulta beneficioso tanto para los Estados Miembros como para la Secretaría. Por consiguiente, deberán asignarse en 2006-2007 suficientes recursos humanos a la preparación de la documentación, habida cuenta sobre todo de la creciente demanda de producción documental.
- La mayoría de las reuniones celebradas por los órganos deliberantes se ven limitadas por un orden del día sobrecargado. En 2006-2007 habrá que seguir un proceso más disciplinado para la preparación del orden del día.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		27 791	23 794	4 568	28 362
Porcentaje	países	0	0	0	0
	regiones	12	17	11	16
	mundo	88	83	89	84

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS, Y COOPERACIÓN EXTERNA Y LAZOS DE ASOCIACIÓN

Objetivo(s) de la OMS

Negociar, mantener y ampliar las alianzas en pro de la salud a nivel mundial; fortalecer la colaboración de la OMS con los órganos intergubernamentales y gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y las fundaciones; y garantizar la base de recursos de la Organización.

Indicadores y logros

Número de alianzas operativas establecidas con órganos del sistema de las Naciones Unidas, el sector privado y la sociedad civil. Se establecieron por lo menos 300 alianzas con organismos del sistema de las Naciones Unidas, e instituciones del sector privado y la sociedad civil.

Logros principales

- Se mantuvieron fructíferas reuniones de consulta y coordinación con organismos del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales.
- Se establecieron redes en la Secretaría de la OMS para reforzar la coherencia de la labor realizada con asociados externos en la esfera de la salud.
- Se acrecentó la importancia del desarrollo sanitario en foros internacionales tales como la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Grupo de los Ocho, la Unión Europea, el Foro Económico Mundial y la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico de las Naciones Unidas.
- Se movilizó eficazmente a la comunidad internacional para que adoptara medidas destinadas a abordar cuestiones sanitarias de alcance mundial relativas al tabaco, la gripe aviar, el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la investigación en la esfera de la salud mental, la salud ambiental y la inmunización.
- Durante el bienio se incrementó la participación del sector privado en el análisis de cuestiones de salud pública y la búsqueda de soluciones al respecto.
- Se mejoró la armonización de las actividades a nivel de país mediante el sistema de Coordinadores Residentes de las Naciones Unidas y la activa participación de la OMS en cuestiones humanitarias y de desarrollo de carácter prioritario.
- Se estableció una nueva relación de colaboración estratégica con la Comisión Europea, la ASEAN, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Organización de la Conferencia Islámica y los Voluntarios de las Naciones Unidas, entre otras organizaciones.
- Se forjaron varias asociaciones y alianzas importantes en las esferas de sanimetría, salud del recién nacido, salud materno-infantil, tratamiento y almacenamiento seguro de agua doméstica, enfermedades crónicas y prevención de la violencia.
- Actualmente, un total de 184 organizaciones no gubernamentales mantienen relaciones oficiales con la OMS.

Descripción de algunos logros

En el bienio 2004-2005 las contribuciones voluntarias aumentaron aproximadamente un 30% con respecto a los niveles del bienio 2002-2003. Asimismo, se distribuyeron mejor los recursos entre las áreas de trabajo y las oficinas. Los recursos disponibles superaron las necesidades del presupuesto por programas aprobado para 22 áreas de trabajo, y todas las áreas se financiaron al menos en un 70%. Esto supone una mejora considerable con respecto al bienio anterior y refleja los progresos realizados para lograr una armonización adecuada entre las contribuciones y las prioridades institucionales identificadas en el presupuesto por programas.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán mantenido y ampliado las alianzas para la salud a nivel mundial; se habrá reforzado la colaboración con órganos intergubernamentales y gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y fundaciones; y se habrá asegurado la base de recursos de la OMS.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de consultas y sesiones de información con las organizaciones hermanas de la OMS y con otras organizaciones y partes interesadas en el sector de la salud	Consultas anuales sobre política; interacción técnica regular	Consultas anuales sobre política; interacción técnica regular	Se registró un incremento importante debido al aumento del número de alianzas.
Número de esferas normativas en que hay coherencia con otros interesados directos	27 áreas de trabajo definen el programa técnico de la OMS, pero con frecuencia la colaboración no se basa en esas áreas	Colaboración con los asociados basada en las áreas de trabajo	Se incrementó la armonización con las áreas de trabajo, pero las alianzas aún se suelen basar en intervenciones sanitarias específicas.

El aumento del número de alianzas mundiales en pro de la salud, tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización ha puesto de relieve la importancia de la orientación estratégica y técnica de la OMS, tanto en el ámbito mundial como en los países, y la necesidad de que la OMS participe sistemáticamente en mecanismos de asesoramiento y prestación de asistencia.

Se habrán establecido mecanismos eficaces para coordinar las aportaciones a foros internacionales importantes, incluidas las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, así como la retroinformación correspondiente.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Declaraciones finales y planes de acción de las conferencias mundiales, regionales y nacionales y programas de desarrollo que reflejan los objetivos y prioridades sanitarias de la OMS	Intereses de salud reflejados insuficientemente en los foros internacionales de asistencia al desarrollo y ayuda humanitaria	Incorporar sistemáticamente el desarrollo sanitario en el contexto de la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en actividades internacionales destinadas a abordar las necesidades de los Estados Miembros y los objetivos y prioridades de la OMS	La OMS participó activamente en actividades de las Naciones Unidas y otros foros internacionales de desarrollo destinadas a promover la salud como un determinante clave para el desarrollo, el bienestar social y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La resolución WHA58.25 pide a la Secretaría que se cña a las prioridades internacionales de armonización y alineación y que coordine sus actividades con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Las cuestiones sanitarias se incluyeron eficazmente en estrategias regionales, entre ellas la Nueva Alianza para el Desarrollo de África.

La OMS tomó parte en la organización de dos foros de alto nivel sobre la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, que se celebraron en Abuja, en diciembre de 2004, y en París, en noviembre de 2005, en los que se esbozaron estrategias de orientación sobre enfoques sectoriales para los mecanismos del sistema de las Naciones Unidas relacionados con el desarrollo de los países. La Oficina Regional para África ha realizado una planificación interinstitucional con el fin de ampliar el acceso a intervenciones de salud pública esenciales. Las estrategias de cooperación con los países se están aplicando coherentemente en consonancia con el programa de armonización elaborado en el foro de alto nivel celebrado en París, a fin de afianzar la participación de los países, fortalecer la capacidad y utilizar los sistemas nacionales para ejecutar programas de cooperación en la esfera de la salud. Se invitó a la OMS a coordinar las cuestiones relativas a la seguridad vial en el ámbito del sistema de las Naciones Unidas. Cinco de las resoluciones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su quincuagésimo noveno periodo de sesiones son especialmente pertinentes para la OMS («2001-2010: Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África», resolución A/RES/59/256; «Fortalecimiento de la creación de capacidad en el ámbito de la salud pública a nivel mundial», resolución A/RES/59/27; «Revisión trienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales para el desarrollo del sistema de las Naciones Unidas», resolución A/RES/59/250; «Fortale-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

cimiento del socorro de emergencia y las actividades de rehabilitación, reconstrucción y prevención tras el desastre provocado por el maremoto del Océano Índico», resolución A/RES/59/279; y «Declaración de las Naciones Unidas sobre la clonación humana», resolución A/RES/59/280).

En consonancia con los objetivos establecidos en los foros de alto nivel sobre la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la Oficina Regional para África está colaborando estrechamente con la Unión Africana a través de la Nueva Alianza para el desarrollo de África, con el fin de poner en práctica la estrategia sanitaria de esa Alianza; la Oficina Regional de la OMS para las Américas está colaborando con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe en la preparación de un informe especial para la región; la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental está cooperando con organismos del sistema de las Naciones Unidas para asegurar la elaboración de informes sobre la salud que abarquen a todos los Estados Miembros; y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental está trabajando conjuntamente con el Banco Asiático de Desarrollo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las oficinas regionales para Asia Sudoriental y Europa contribuyeron a dar respuesta a las emergencias provocadas por los terremotos y maremotos del Océano Índico. Se concertaron arreglos de cooperación con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y los Voluntarios de las Naciones Unidas, a fin de reforzar las medidas sanitarias sobre el terreno.

Se estarán realizando actividades dinámicas y coordinadas de recaudación de fondos ante donantes actuales y potenciales, centradas en la base de recursos integrada del presupuesto por programas y de los fondos sin fines específicos por área de trabajo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Nivel de recursos extrapresupuestarios	Saldo arrastrado de US\$ 500 millones en programas técnicos	Alcanzar la suma de US\$ 1,4 millones en contribuciones voluntarias	Se recibieron contribuciones voluntarias por valor de US\$ 1,9 millones.
Magnitud del aumento del apoyo prestado a la OMS en forma de fondos sin fines específicos	El 19,6% de las contribuciones voluntarias recibidas en el ejercicio 2002-2003 se consignaban como no especificadas.	No establecida	El 20,4% de las contribuciones voluntarias recibidas en el ejercicio 2004-2005 se consignaron como no especificadas (aumento del 8%).

En el bienio 2004-2005 las actividades de la OMS destinadas a recaudar fondos obtuvieron recursos suficientes para ejecutar el presupuesto por programas. Una mejora importante en la coordinación de los recursos dio lugar a un mayor alineamiento en todas las áreas de trabajo, que el alcanzado en el bienio 2002-2003; en consecuencia, los recursos se ajustaron más estrechamente a las prioridades fijadas en el presupuesto por programas aprobado. Aunque sólo se registró un incremento del 8% en las contribuciones no especificadas, el total de contribuciones voluntarias recibidas en el bienio 2004-2005 superó en unos US\$ 600 millones la suma recibida en el bienio 2002-2003, o sea que la suma efectiva de financiamiento no especificado fue considerablemente mayor. Si bien casi la mitad de los recursos se movilizaron para actividades relativas a la poliomielitis y la respuesta ante situaciones de emergencia, la Organización recaudó algo más que el 100% del objetivo de ingresos para todas las demás áreas de trabajo en su conjunto.

Se habrá movilizado a nuevos asociados de la OMS, sobre todo a través de las alianzas mundiales y de una mejor interacción con el sector privado.

Se habrán elaborado y aplicado directrices sobre la interacción con las empresas comerciales.

Se habrá sensibilizado al personal respecto de diversos aspectos de la colaboración con el sector privado, entre ellos los conflictos de intereses.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de asociados del sector privado que colaboran con la OMS para lograr resultados de salud pública	74	100	114
Número de sesiones de orientación y capacitación en el manejo de los conflictos de intereses	0	1	2

El bienio se ha caracterizado por los notables progresos realizados en la adopción de un enfoque coherente respecto de la colaboración con el sector privado y la selección de asociados idóneos para alcanzar los objetivos de la OMS. La mayor sensibilización del personal acerca de la metodología apropiada para que el sector privado contribuya a la consecución de los objetivos mundiales de salud pública se tradujo en la cooperación eficaz con los sectores de la industria farmacéutica, seguros de salud, transporte, saneamiento, tecnología de la información e industrias químicas.

Se habrán revisado las políticas y estrategias de la interacción de la OMS con las organizaciones de la sociedad civil.

Se habrán establecido mecanismos eficaces, incluida una base de conocimientos, para lograr una colaboración mutuamente beneficiosa, una mejor comunicación y un intercambio de opiniones sobre políticas entre la OMS y las organizaciones de la sociedad civil.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Documentos normativos, instrumentos y directrices utilizados sobre la interacción con las organizaciones de la sociedad civil	Política de la OMS relativa a las relaciones con organizaciones no gubernamentales conforme se recoge en la resolución WHA40.25 y en diversos documentos internos de orientación	Adoptar una política revisada de la OMS relativa a las organizaciones no gubernamentales y directrices para su aplicación	Se presentó la propuesta a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud; se finalizó el proyecto de directrices y mecanismos eficaces. La Asamblea de la Salud pidió la celebración de otras consultas.
Número de sesiones de capacitación y seminarios sobre la interacción con las organizaciones de la sociedad civil	Celebración de una reunión anual de coordinadores de las Naciones Unidas encargados de las relaciones con organizaciones no gubernamentales Organización de sesiones informativas para las organizaciones no gubernamentales en ocasión de las reuniones de los órganos deliberantes	Celebrar una reunión anual de coordinadores de las Naciones Unidas encargados de las relaciones con las organizaciones no gubernamentales Organizar sesiones informativas para las organizaciones no gubernamentales con ocasión de las reuniones de los órganos deliberantes	Se asistió a las reuniones de coordinadores de las Naciones Unidas y se contribuyó al desarrollo de instrumentos de orientación para fortalecer la capacidad del sistema de coordinadores residentes con el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Se organizaron sesiones informativas para las organizaciones no gubernamentales antes de las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS.

La nueva política propuesta para las relaciones con las organizaciones no gubernamentales se examinó en la 113ª reunión del Consejo Ejecutivo y en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, tras lo cual se decidió asignar un tiempo suficiente para celebrar consultas con todas las partes interesadas a fin de alcanzar un consenso. Posteriormente, la cuestión se examinará en una futura Asamblea de la Salud.¹ Mientras tanto, se siguió aplicando la política vigente, y el Consejo Ejecutivo examinó informes trienales sobre la colaboración o el estado de las relaciones entre la OMS y unas 152 organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS, así como solicitudes de admisión para establecer relaciones oficiales. Las oficinas regionales informaron de una importante participación de las organizaciones de la sociedad civil en conferencias ministeriales, una colaboración fortalecida con la sociedad civil a nivel de país y, en la Región de las Américas, el desarrollo de directrices para la cooperación con el sector privado.

¹ Véase el documento WHA57/2004/REC/3, acta resumida de la cuarta sesión, sección 7.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Mayor concienciación de los encargados de adoptar decisiones en los planos internacional y nacional, acerca de la importancia del desarrollo sanitario para la reducción de la pobreza.
- Relación privilegiada de la OMS con autoridades sanitarias nacionales.
- Creciente reconocimiento, por parte de los asociados, de las funciones técnicas y de coordinación de la OMS en la esfera sanitaria internacional.
- Participación activa de las oficinas de los países en las actividades relativas al Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo y al sistema de evaluación común para los países.
- La reorganización de las estructuras de movilización y coordinación de recursos proporcionó una oportunidad para armonizar mejor los recursos financieros y ejecutar con mayor eficacia el presupuesto por programas.

Obstáculos

- Distribución desigual de los recursos procedentes de contribuciones voluntarias, debido a su asignación para fines determinados.
- Complicaciones derivadas de la colaboración con el sector privado, como consecuencia de la amplia diversidad de agentes y tipos de interacción, así como de la estructura descentralizada de la OMS.
- Falta de directrices claras para ayudar a los representantes de la OMS a colaborar eficazmente con los equipos de las Naciones Unidas en los países.
- Falta de criterios para definir la función de la OMS, el carácter de su participación en alianzas y el alcance de su responsabilidad en las asociaciones que promueve.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- El financiamiento del presupuesto por programas y la armonización de los recursos puede mejorarse mediante enfoques coordinados, simplificados y concertados en lo que respecta a los asociados de la OMS. Un grupo de trabajo integrado por representantes de Estados Miembros que efectúan contribuciones voluntarias continuará esforzándose por mejorar la armonización y la coordinación.
- Es importante asegurar la celebración de consultas políticas exhaustivas y el logro de acuerdos sobre políticas, antes de adoptar otras medidas, como ocurrió en el caso de la política revisada relativa a la colaboración con organizaciones no gubernamentales. Por consiguiente, se deberán utilizar en mayor medida mecanismos de consulta oficiosos.
- Se deberán aplicar con mayor firmeza las políticas, normas y criterios concernientes a intervenciones sanitarias adoptados por la Asamblea de la Salud, en el contexto de las alianzas entre los sectores público y privado; por lo tanto, en el futuro, se proporcionará mayor orientación oficial para definir las funciones del sector privado en las actividades de salud pública.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		38 264	19 016	9 720	28 736
Porcentaje	países	8	0	1	1
	regiones	46	45	57	49
	mundo	46	55	42	50

PLANIFICACIÓN, VIGILANCIA Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Objetivo(s) de la OMS

Velar por que se implanten a nivel de toda la Organización mecanismos plenamente operativos que garanticen una gestión basada en los resultados y una administración eficaz, sustentadas en la estrategia institucional de la OMS.

Indicadores y logros

- *Un aumento de la proporción de resultados previstos que se han alcanzado plenamente:* La proporción de resultados previstos para los que se fijaron metas y éstas se lograron plenamente fue del 53% en 2004-2005; en 2002-2003 había sido del 24%.
- *Reducción del número de evaluaciones especiales de programas solicitadas por las partes interesadas, como expresión de la confianza depositada en el marco de evaluación de la Organización:* El número de evaluaciones realizadas fuera del marco de evaluación de la OMS disminuyó de 14 en 2002-2003 a 12 en 2004-2005.

Logros principales

- Se lograron notables avances en lo referente a la renovación del marco de gestión basado en los resultados; entre otras cosas, se inició el proceso de formulación de un plan estratégico a medio plazo que abarcará los seis años comprendidos entre 2008 y 2013.
- A finales de 2004 se introdujo satisfactoriamente a nivel de toda la Organización un examen de mitad de periodo de los progresos realizados hacia la consecución de los resultados previstos, basado en un equilibrado sistema «por puntos».
- Se introdujeron mejoras en el Sistema de Gestión de las Actividades y sistemas equivalentes; todas las oficinas regionales, así como la Sede, hicieron aportaciones al diseño del sistema mundial integrado de gestión.
- El Sistema de Gestión de las Actividades se amplió satisfactoriamente a todas las oficinas de país de la Región de África.
- Se celebraron en todas las regiones consultas sobre el Undécimo Programa General de Trabajo.
- Los mecanismos de examen colegiado introducidos en la Sede y en algunas regiones contribuyeron a mejorar la calidad de los planes estratégicos y operacionales.

Descripción de algunos logros

En Asia Sudoriental se celebraron unas «jornadas de los países», en las que participaron nueve de los 11 Estados que integran la región. La Oficina Regional para Asia Sudoriental invitó a los asistentes - representantes de la OMS, personal de la Organización en los países y representantes de los ministerios de salud - a debatir durante tres días con funcionarios de la Oficina Regional (en algunos casos también en presencia de personal de la Sede) sobre los resultados previstos y los planes de trabajo de los países. Este encuentro brindó a los países la ocasión de exponer sus necesidades específicas y permitió al personal de la Oficina Regional resumir a las oficinas de país los compromisos contraídos.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

En la ejecución cotidiana de los programas, se habrán incorporado procedimientos uniformes y coherentes de planificación, presupuestación, seguimiento y evaluación de programas, así como de preparación de informes al respecto, para todos los niveles de la Organización, ya sea en la Sede, en las oficinas regionales y las oficinas en los países.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Áreas de trabajo en la Sede y oficinas regionales y de país que han desarrollado planes de trabajo y preparado informes de vigilancia de forma periódica y con arreglo a las directrices establecidas	Participación de todas las áreas de trabajo en la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas realizada al final del bienio a nivel de toda la Organización, con arreglo a las directrices establecidas al respecto	Lograr que todas las áreas de trabajo participen en la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas realizada al final del bienio a nivel de toda la Organización, así como en el examen de mitad de periodo, con arreglo a las directrices establecidas al respecto	Todas las áreas de trabajo participaron en la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas realizada al final del bienio a nivel de toda la Organización, así como en el examen de mitad de periodo, con arreglo a las directrices establecidas al respecto. Todas las regiones notificaron la preparación de informes sobre los presupuestos, los planes de trabajo y la labor de vigilancia, de conformidad con las directrices pertinentes, aunque en distinto grado, sobre todo en lo que atañe a la vigilancia.

Durante el bienio hubo mejoras en lo referente a la uniformidad y la coherencia. No obstante, la supervisión de los planes de trabajo y la vigilancia de los progresos realizados hacia el logro de los resultados previstos a mitad de periodo no se aseguraron de forma uniforme en todas las oficinas, y en la Región de las Américas la agregación de los resultados obtenidos de la labor de vigilancia no se efectuó con arreglo al proceso aplicable a nivel de toda la Organización. Se cuenta ahora con formatos de presentación de informes normalizados, tanto para la evaluación de la ejecución efectuada a mitad de periodo como para la realizada al final del bienio en las regiones y la Sede, aunque este tipo de herramienta aún no se ha implantado a nivel de país. En lo que respecta a la coherencia de los planes de trabajo, se registraron importantes mejoras en la Sede, gracias a la introducción de un mecanismo de examen colegiado, los esfuerzos desplegados en materia de capacitación y el apoyo directo prestado a través de un servicio de asistencia. También se lograron avances hacia la articulación de planes «de país», sobre todo en las Regiones de Europa y Asia Sudoriental, aunque no se contó con la plena contribución de la Sede al proceso de planificación.

Se habrá introducido una cultura de la gestión basada en los resultados en todos los niveles de la Organización.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Número de funcionarios, a todos los niveles organizativos, formados en los principios de la gestión basada en los resultados	0	500 funcionarios	Al menos 620 funcionarios

En todas las regiones y también en la Sede, se registró una mejora progresiva en lo que atañe a la aceptación y comprensión general de las prácticas y principios propios de la gestión basada en los resultados. El material didáctico se actualizó y perfeccionó en algunas regiones; por ejemplo, en la Región del Mediterráneo Oriental, se modificaron los módulos de capacitación para incorporar elementos propios de una planificación con perspectiva de género.

Habrá en funcionamiento un sistema eficaz de información para la gestión de programas, en apoyo de las actividades destinadas a conseguir una mayor responsabilización y un mejor desempeño en la Organización.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Uso cotidiano por parte de los administradores de programas, a todos los niveles organizacionales, de un sistema de información para la gestión reformado y cómodo para los usuarios	Ningún sistema en funcionamiento	Conseguir que el 75% de los administradores de programas empleen sistemas de ese tipo	Se desconoce el porcentaje exacto.

El uso de los sistemas de información para la gestión, al igual que la accesibilidad de éstos para el usuario, sigue siendo dispar en las regiones y la Sede: algunas oficinas notificaron elevados niveles de aceptación y utilización, mientras que otras indicaron que a la hora de organizar sus tareas de planificación, presupuestación y evaluación, muchos administradores de programas prefieren recurrir a soluciones improvisadas antes que utilizar los sistemas de información para la gestión propuestos por la OMS. No obstante, se notificaron importantes mejoras en relación con estos sistemas en la Sede y la Región de Asia Sudoriental, logradas mediante el perfeccionamiento de sus respectivos Sistemas de Gestión de las Actividades. En la Región de Europa, no se ofreció el pleno apoyo a los sistemas requerido para cumplir determinados requisitos de vigilancia y evaluación, circunstancia ésta que tuvo un impacto negativo en la presentación de informes. La designación del Sistema de Gestión de las Actividades como instrumento aplicable en tanto no se implante el sistema mundial integrado de gestión ya ha empezado a tener efectos en la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Habrá en funcionamiento un sistema de evaluación que abarcará tanto la aplicación de los sucesivos presupuestos por programas como áreas de trabajo o temas específicos en todos los niveles de la Organización.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Grado de satisfacción de los órganos deliberantes con la profundidad y el alcance de la cobertura y la presentación de informes sobre las evaluaciones de los resultados en todos los niveles de organización	Necesidad de una articulación más clara del marco de evaluación de la OMS	Lograr que el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud manifiesten su apoyo con respecto a las evaluaciones previas y posteriores realizadas	Se llevaron a cabo evaluaciones de los resultados y se informó al Comité de Programa, Presupuesto y Administración de las acciones complementarias emprendidas al respecto. Los comités regionales se mostraron satisfechos con las evaluaciones previas y posteriores realizadas; hay claros indicios de un aumento del grado de satisfacción en algunas regiones (p. ej., en la Región de las Américas).
Grado de aplicación de las lecciones extraídas de las evaluaciones a los futuros presupuestos por programas y programas generales de trabajo	No establecido	No establecida	Las enseñanzas extraídas de los distintos tipos de evaluaciones se trasladaron a la administración para una identificación de las tendencias comunes más importantes de cara a su utilización a efectos de presupuestación y planificación.

El Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo expresó su agrado por el fortalecimiento de las capacidades de las unidades encargadas de las evaluaciones previas y posteriores y por la labor completada durante el bienio, aunque señaló que se precisarían nuevas acciones complementarias para aplicar las recomendaciones formuladas y las enseñanzas extraídas. Los comités regionales se mostraron satisfechos con las evaluaciones previas y posteriores realizadas durante el bienio; existen también claros indicios de que el grado de satisfacción ha aumentado en algunas regiones (por ejemplo, en la Región de las Américas).

Hay en marcha un sistema de evaluación en todas las regiones. Con todo, no se realizó durante el bienio ninguna evaluación específica en la Región de África. En la Región del Pacífico Occidental se llevó a cabo una evaluación programática regional sobre la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, y la Región de Asia Sudoriental notificó la necesidad de poner durante las evaluaciones un mayor énfasis en los resultados y la responsabilización. En la Región de Europa se ha reforzado la disciplina relacionada con las evaluaciones mediante actividades de capacitación internas y externas y el establecimiento de un grupo especial interno sobre evaluación.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Gracias a la existencia de una red de funcionarios encargados de la planificación que funciona eficazmente a nivel de toda la Organización, se pudieron aportar a escala mundial contribuciones al diseño del marco de gestión renovado, el sistema mundial de gestión y otras iniciativas de desarrollo importantes.
- Se introdujeron en esta área de trabajo medidas destinadas a asegurar un apoyo sistemático por parte del personal directivo superior, para así lograr que las iniciativas promuevan los cambios deseados.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

- Las mejoras en materia de conectividad propiciaron una mayor puntualidad de las comunicaciones con los países, sobre todo en la Región de África.

Obstáculos

- La ausencia de un instrumento que funcione «en tiempo real» hace que sea difícil asegurar oportunamente el control financiero.
- Los complejos procedimientos financieros y de afectación de fondos obstaculizan la eficaz asignación de los recursos y la armonización de las contribuciones voluntarias con el presupuesto por programas.
- Los recursos disponibles fueron insuficientes para cubrir la gama completa de actividades, sobre todo en lo que atañe a las evaluaciones en la Región de África.
- La integración de los sistemas de información sigue siendo escasa en toda la Organización.
- Según se desprende de los informes presentados, existe en algunas regiones y también en la Sede la percepción de que el volumen de trabajo atribuible a las tareas de planificación y presentación de informes es excesivo.
- En la Región de Europa se consideró importante el aumento del énfasis puesto en la evaluación, énfasis que se seguirá reforzando en el bienio 2006-2007, a ser posible con la participación permanente de asociados externos.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Para fortalecer aún más en la OMS en su conjunto la gestión basada en los resultados, se precisan intervenciones enérgicas en todos los niveles de la Organización y también en conjunción con los Estados Miembros. En el bienio 2006-2007 habrá que redoblar los esfuerzos en esta esfera, en apoyo del marco de gestión renovado y de la formulación del plan estratégico a medio plazo.
- Los cambios introducidos en los sistemas de información para la gestión deben explicarse apropiadamente a los usuarios; al mismo tiempo, es preciso mejorar la cultura y las prácticas de gestión para promover un mejor uso de dichos sistemas. Esta necesidad deberá tenerse presente cuando se ponga en marcha el sistema mundial de gestión, en 2007.
- Se reconoce que la eficaz interacción entre los países y las oficinas regionales es crucial para asegurar una buena ejecución y que en 2006-2007 habrá que redoblar los esfuerzos en ese sentido.
- La organización de cursos de formación continua y de actualización sigue siendo necesaria para apoyar la gestión basada en los resultados y debería ampliarse en el próximo bienio.
- Los resultados previstos a nivel de toda la Organización y los resultados previstos a nivel regional para las distintas áreas de trabajo a menudo no se ajustan a las realidades programáticas de los países. Se confía en que la adaptación de los países al modelo operacional mejore con la introducción de objetivos estratégicos y la reducción del número de resultados previstos a nivel de toda la Organización a partir de 2008.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		11 326	6 244	4 187	10 431
Porcentaje	países	3	2	0	1
	regiones	48	60	33	49
	mundo	49	38	67	50

DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Objetivo(s) de la OMS

En apoyo de la estrategia institucional, proporcionar puntualmente servicios eficaces y eficientes de recursos humanos.

Indicadores y logros

Grado de excelencia operativa en la prestación oportuna de servicios de recursos humanos de alta calidad en la Sede y en las oficinas regionales y de país. La calidad y puntualidad en la prestación de servicios de recursos humanos se ha abordado a través de una mejor disponibilidad de información sobre políticas y procedimientos de recursos humanos; el apoyo a la armonización de los resultados de la labor estratégica con las aptitudes y los conocimientos del personal a través de una adaptación de perfiles; y una mayor y más activa participación de los administradores en una serie de procesos relativos a los recursos humanos, que incluyen la planificación de recursos humanos, la gestión de la actuación profesional y el desarrollo del personal.

Logros principales

- El marco de competencias se aplicó a nivel mundial y se integró en las principales funciones relativas a los recursos humanos.
- Se inició con éxito el Programa de Liderazgo Mundial.
- Se obtuvo el acuerdo del Comité Mundial de Aprendizaje en relación con la estrategia de aprendizaje de la Organización, y se asignaron fondos para las oficinas regionales, en los países y la Sede.
- El suministro de servicios de recursos humanos se mejoró mediante políticas más eficaces de planificación, procesos simplificados de contratación y clasificación acompañados por la introducción y el fortalecimiento de instrumentos electrónicos de fácil utilización, y la integración de funciones relativas a servicios para el personal con la simplificación de las políticas, los procedimientos y los procesos.
- Se pusieron en marcha con éxito la guía electrónica y el sistema electrónico piloto para la gestión y la mejora del desempeño.
- La redefinición de las oficinas de la Sede, las regiones y los países suscitó el apoyo del personal de recursos humanos en todo el mundo.
- Se adoptaron medidas favorables al personal mediante el fortalecimiento de derechos tales como la licencia de paternidad y el otorgamiento de mayores derechos al Seguro de Enfermedad del Personal para el personal temporero, y el respaldo del Consejo Ejecutivo al régimen de operaciones especiales.¹ Se acrecentó la sensibilización del personal con respecto al VIH/SIDA en el lugar de trabajo mediante talleres y material informativo. Además, se proporcionó un mayor apoyo mediante la atención centrada en los servicios médicos.
- Se prestó apoyo a nivel mundial a los recursos humanos y se contribuyó a la planificación del proceso en el contexto del Sistema Mundial de Gestión.

Descripción de algunos logros

El modelo de competencias de la OMS se introdujo en la Región de Europa como parte del ensayo del sistema para la gestión y la mejora del desempeño, y se aplicó en la esfera de desarrollo del personal mediante la participación de personal superior de gestión en el Programa de Liderazgo Mundial. Además, durante el bienio se completó el examen de los contratos en la Región de Europa, que dio lugar a un aumento del personal con contrato de plazo fijo del 40% al 60%, a una mayor diversidad de nacionales de países cuya representación era hasta entonces baja o nula, y a un aumento del número de personal femenino.

¹ Documento EB115/45.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán puesto en práctica y estarán funcionando eficiente y eficazmente en todo el mundo elementos clave del marco estratégico para los recursos humanos, entre ellos la planificación de recursos humanos, la racionalización de los procedimientos de contratación y clasificación, y cualesquiera otros requisitos identificados a través de las actividades de seguimiento.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Suministro oportuno de servicios de buena calidad en materia de recursos humanos	Proyecto de estrategia distribuido	Respaldo a la estrategia de contratación propuesta y aplicación de la misma	Con respecto a las metas de calidad y diversidad, mejores resultados en la contratación de recursos humanos en todo el mundo
Planificación eficaz de la plantilla; en particular, aumento de la contratación de mujeres y nacionales de países cuya representación es baja o nula	38% de mujeres seleccionadas para puestos del cuadro orgánico Falta de un enfoque coherente e integral de la planificación de recursos humanos	Facilitar el logro de la meta consistente en contratar el 50% de mujeres y el 60% de nacionales de países en desarrollo Documento de exposición de conceptos acordado y plantilla de planificación de los recursos humanos aceptada en el contexto de un enfoque mundial	La consideración particular de las candidatas mujeres con miras a su preselección es ahora una práctica habitual. Utilización creciente del instrumento electrónico de clasificación de puestos e-POD, y de la nueva Norma General, un sistema electrónico de contratación mejorado, y respuesta positiva de los usuarios
Satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de recursos humanos	Sin reconocimiento	Aumento de la motivación del personal mediante políticas atentas a sus necesidades Proporcionar una red de apoyo	Respuesta positiva del personal en relación con la ampliación de derechos concernientes al seguro de salud para personal temporero y a la licencia de paternidad El Consejo Ejecutivo tomó nota de la estrategia de contratación Aplicación del régimen de operaciones especiales

Durante el bienio se introdujo un sistema electrónico de contratación en todas las oficinas regionales. Se realizó la instalación y se impartió capacitación, y la evaluación de las competencias se integró en el sistema de selección. Además, se elaboró una estrategia de contratación que mereció la atención del Consejo Ejecutivo.¹ En 2005 se estableció un grupo de trabajo encargado de revisar los procedimientos de selección vigentes en la Sede. Se han examinado y se están aplicando las recomendaciones del grupo relativas a la simplificación de los procedimientos. Además de la capacitación sobre la nueva Norma General, se proporcionó a directores y personal de recursos humanos de la Sede un instrumento electrónico de gestión de puestos destinado a facilitar la formulación y clasificación en línea de las descripciones de funciones y de los anuncios de vacantes. El examen de la orientación estratégica y de la competencia en la Sede formó parte de la estrategia destinada a asegurar la solidez de la estructura organizativa y la planificación de la plantilla de personal. Los instrumentos de planificación y gestión de recursos humanos prestan apoyo a este proceso. Con respecto al VIH/SIDA en el lugar de trabajo, se han realizado progresos en el marco de los programas ACTION de las Naciones Unidas, las iniciativas sobre profilaxis posterior a la exposición (PEP), y las estrategias de información y orientación en materia de VIH/SIDA. Se introdujo un cambio importante en los estatutos y reglamentos del seguro de enfermedad del personal en relación con los requisitos que debe reunir el personal contratado a corto plazo y sus familiares a cargo para acogerse a la cobertura del seguro, y se han ofrecido sesiones de orientación en la Sede para informar al personal a ese res-

¹ Documento EB113/2004/REC/2, acta resumida de la décima sesión, sección 4.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

pecto. En 2004 se estableció en la Sede un grupo de trabajo encargado de identificar medios para abordar eficazmente toda forma de acoso. El grupo de trabajo ha presentado su informe y algunas recomendaciones que se están examinando. El Consejo Ejecutivo tomó nota de los cambios introducidos en lo que atañe a la licencia de paternidad, conforme la recomendación formulada por la Comisión de Administración Pública Internacional. Se adoptó el enfoque relativo a las operaciones especiales para todo el personal de la OMS asignado internacionalmente, de conformidad con las directrices del régimen común de las Naciones Unidas. Las funciones concernientes a los servicios para el personal se consolidaron a fin de proporcionar servicios más rápidos, satisfactorios y dinámicos, así como asesoramiento al personal y a la Administración. Además, se estableció en la Sede una ventanilla única de servicios de orientación para el personal, y se simplificaron y agilizaron los procesos y procedimientos relativos a los recursos humanos. Se fortaleció la capacidad para proporcionar asesoramiento especializado sobre derechos, lo que aumentó la satisfacción del personal. Se disolvió el Servicio Médico Común de Ginebra y se estableció el Servicio Médico y de Salud independiente, con miras a centrar los recursos en los servicios antes que en la administración. Asimismo, la OMS dirigió la elaboración de directrices sobre un plan de emergencia para el personal del Servicio Médico de las Naciones Unidas en caso de una pandemia de gripe. Durante el bienio se proporcionó asesoramiento y apoyo entre pares, incluso en relación con el tratamiento del estrés y los servicios de recolocación, en el contexto del examen de la orientación estratégica y de la competencia.

Se habrán definido las funciones básicas de un sistema de información sobre los recursos humanos, y se habrán rediseñado los procedimientos pertinentes.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Concepto validado en todos los niveles de la Organización	Dificultad para encontrar información sobre recursos humanos: demasiadas fuentes	Información accesible y de fácil utilización sobre recursos humanos Introducción de un sistema electrónico	Puesta en marcha con éxito de una guía electrónica en septiembre de 2005 Finalización de la planificación de los procesos relativos a recursos humanos para el Sistema Mundial de Gestión

La guía electrónica de recursos humanos, puesta en marcha en septiembre de 2005, reúne información en una base de datos accesible y de fácil utilización que permite realizar búsquedas. La introducción del sistema electrónico de gestión de los puestos permite hacer un seguimiento de las medidas de clasificación que se adoptarán y elaborar informes al respecto. Miembros del personal de la Sede y de regiones seleccionadas participaron en la identificación de procesos relativos a los recursos humanos para el Sistema Mundial de Gestión.

Se habrá aplicado, vigilado y evaluado sistemáticamente la estrategia de toda la Organización relativa a su liderazgo y al desarrollo del personal.

Se habrá aplicado a nivel mundial el marco de competencias clave y se lo habrá integrado en las principales funciones relativas a recursos humanos (contratación, desempeño y desarrollo del personal).

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Mejoramiento del desempeño profesional en respaldo de las metas de organización	Datos correspondientes a la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países no disponibles de manera sistemática	En 2005, probar en la Sede, en 2 oficinas regionales y 2 oficinas de país, un sistema electrónico para la gestión y la mejora del desempeño Desarrollo de programas de enseñanza de alcance mundial vinculados a las competencias básicas	El sistema electrónico para la gestión y la mejora del desempeño permite elaborar informes sobre el cumplimiento; ensayos realizados en la Sede, 2 oficinas regionales y 2 oficinas de país; esto permite determinar el nivel de base que se ha de mejorar en el bienio 2006-2007. Se introdujeron con éxito programas mundiales de aprendizaje, incluida la evaluación exhaustiva. En 2005 se realizó una encuesta entre el personal sobre su percepción de los diversos aspectos de la gestión, el desempeño y el aprendizaje, que permitirá determinar el nivel de base para el bienio 2006-2007.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
		<p>Competencias de gestión y liderazgo para apoyar la concepción y evaluación del Programa de Liderazgo Mundial</p> <p>Personal superior de gestión finaliza la evaluación exhaustiva de un plan de desarrollo del personal como parte del Programa de Liderazgo Mundial</p>	
Eficacia del marco de competencias clave y de las aplicaciones relacionadas, entre ellas la gestión y el mejoramiento del desempeño, la rotación y la movilidad	Competencias no integradas	Competencias plenamente integradas en los principales procesos relativos a los recursos humanos	<p>Aplicación a nivel mundial del marco de competencias clave e integración del mismo en los procesos relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - concepción del puesto - contratación y selección - gestión del desempeño y - programas de desarrollo del personal

Se creó el Fondo para el Desarrollo del Personal y se estableció el Comité Mundial de Aprendizaje; se asignaron fondos para satisfacer necesidades en la Sede, las regiones y los países. A fines de 2005, el Comité Mundial de Aprendizaje examinó, por primera vez, los programas ejecutados por todas las dependencias de la Organización. El Comité ha acordado una declaración global sobre el desarrollo del personal de la OMS, las áreas prioritarias y la población destinataria en el bienio 2006-2007, y un marco de rendición de cuentas en lo concerniente al desarrollo del personal.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Personal de recursos humanos dedicado y competente.
- Asignación de medios para la gestión y la mejora de los recursos humanos, y apoyo del personal superior de gestión.
- Atención centrada en la gestión de recursos humanos en el ámbito del sistema de las Naciones Unidas.

Obstáculos

- El examen de la orientación estratégica y de la competencia exigió un firme apoyo en términos de tiempo y recursos de personal.
- Es preciso modificar considerablemente la cultura institucional a fin de suscitar el apoyo al nuevo enfoque concerniente al aprendizaje en toda la OMS. Se necesitarán varios años para que los cambios, que el personal y los oficiales superiores de gestión parecen acoger de buen grado, se incorporen en los métodos de trabajo de la OMS.
- La aplicación de un programa de rotación y movilidad del personal se ha debido postergar por falta de recursos.
- El proceso de gestión de los puestos no se puede desarrollar plenamente antes de que se complete la fase de diseño del Sistema Mundial de Gestión.
- No se ha alcanzado la máxima eficiencia debido a la utilización de sistemas obsoletos.
- El aplazamiento de la reunión del Consejo Mundial Personal/ Administración a raíz de la decisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas de diferir su examen de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- La Organización debe centrar sus esfuerzos a corto, mediano y largo plazo en un enfoque más sostenible, estratégico y orientado al logro de resultados y, al mismo tiempo, asegurar el diálogo a todos los niveles con las partes interesadas. Esto exigirá la celebración de más reuniones periódicas con directores, gestores, unidades de apoyo a la gestión, personal de recursos humanos y asociaciones de personal en todo el mundo, a fin de recabar sus opiniones y contribuciones sobre cuestiones clave relativas a políticas de recursos humanos.
- Se deberán destacar las características de los recursos humanos mediante el suministro de asesoramiento y orientación al personal y los gestores, y el mejoramiento de la capacidad de éstos para abordar sus cometidos sobre la base del Programa Mundial de Liderazgo, y de los programas de alfabetización funcional y aprendizaje.
- El Sistema Mundial de Gestión será el principal catalizador para definir el modelo de delegación de atribuciones y rendición de cuentas en todas las actividades relacionadas con los recursos humanos.
- El marco de distribución de responsabilidades para el desarrollo de personal ofrece un excelente punto de partida. Además, el examen de las actividades en materia de desarrollo de personal realizado en la OMS señala que debería adoptarse un enfoque más sostenible y estratégico respecto de las actividades de desarrollo de personal en el bienio 2006-2007. El Comité Mundial de Aprendizaje ha identificado seis áreas prioritarias y grupos de destinatarios para el bienio 2006-2007. El Comité está procurando modificar la forma de asignación de fondos para el desarrollo del personal, a fin de proporcionar incentivos para el aprendizaje en esas áreas.
- El Programa Mundial de Liderazgo está funcionando y continuará haciéndolo en el bienio 2006-2007. Se introducirán nuevas actividades para los participantes actuales, y un nuevo grupo se incorporará a principios de 2006. A mediados de 2005 se realizó una encuesta para evaluar la opinión del personal sobre los gestores y directores. Una de las prioridades del próximo bienio consistirá en dar respuesta a los resultados de esa encuesta, en cuyo contexto la gestión de la actuación profesional será una cuestión clave.
- Las operaciones deberán continuar y, al mismo tiempo, será preciso desarrollarlas y adaptarlas a los nuevos sistemas, y afrontar las limitaciones de recursos. A ese respecto, será esencial disponer de las competencias apropiadas.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		34 912	16 647	21 233	37 881
Porcentaje	países	3	0	0	0
	regiones	38	46	37	41
	mundo	59	54	63	59

PRESUPUESTO Y GESTIÓN FINANCIERA

Objetivo(s) de la OMS

Aplicar las mejores prácticas en la gestión financiera, junto con la integridad y la transparencia, prestando un apoyo eficaz y eficiente a la administración financiera de todos los fondos en toda la Organización, incluida la presentación de informes financieros pertinentes a todos los niveles, tanto interna como externamente.

Indicadores y logros

- Aceptación por parte de los órganos deliberantes del informe financiero bienal, los estados financieros comprobados (incluido un dictamen de auditoría sin reservas) y el informe y estados financieros provisionales.
- Ejecución y vigilancia del presupuesto que permitan a los Estados Miembros y otros donantes emitir un juicio sobre los resultados financieros. *Los estados financieros, incluido el dictamen de auditoría externa, se someterán al examen y la aprobación de la Asamblea de la Salud en mayo de 2006.*

Logros principales

- Durante el bienio se tramitaron y registraron satisfactoriamente los ingresos y los gastos, que alcanzaron un nivel sin precedentes (entre otras cosas, las contribuciones voluntarias aumentaron un 40%), y se informó debidamente al respecto.
- Se hicieron notables progresos en cuanto a la formulación de políticas destinadas a sentar las bases del nuevo mecanismo integrado de contabilidad de gestión y administración en el marco del sistema mundial de gestión.
- Se introdujeron mejoras en la gobernanza institucional con la publicación de la política de prevención de fraudes y el marco de rendición de cuentas.
- Se elaboraron nuevas políticas financieras en materia de ingresos y gastos para su aplicación en 2006. El objetivo de esos cambios es agilizar la liberación de fondos para ejecutar programas y contraer gastos, y acercarse al principio de ejecución efectiva, esto es, a una contabilidad de gastos que se corresponda con los resultados alcanzados.
- Se aplicó de forma permanente una estrategia de protección cambiaria muy eficaz que permitió que la Organización estuviera protegida en gran medida de los efectos del debilitamiento del dólar de los Estados Unidos.
- Se ultimó con éxito el preceptivo informe financiero en los plazos acordados.

Descripción de algunos logros

El terremoto y los maremotos de diciembre de 2004 supusieron el mayor desafío para los procesos de gestión financiera en 2004-2005. La Sede, la Oficina Regional para Asia Sudoriental y los países afectados recibieron fondos muy pronto, por lo que fue necesario establecer procesos para administrarlos de la manera más transparente posible, sin obstaculizar las actividades de socorro. Lo más difícil fue encontrar personas con experiencia para gestionar y supervisar el flujo de fondos. El personal de la Región de Asia Sudoriental, avisado con muy poco tiempo, hizo grandes sacrificios y trabajó sobre el terreno durante meses seguidos. Se pusieron en marcha mecanismos simplificados para recibir depósitos, realizar movimientos de efectivo y efectuar y registrar pagos, todo ello en el marco de una gestión responsable. Varios meses después del desastre, cuando los donantes empezaron a pedir cuentas acerca de sus contribuciones, se pudieron preparar los informes financieros detallados solicitados por éstos gracias a las medidas adoptadas desde un primer momento.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se estarán utilizando sistemas de vigilancia del presupuesto, contabilidad y presentación de informes financieros inspirados en normas y procedimientos empresariales modernos dentro de un marco sólido de control interno y de conformidad con el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera, así como con las políticas y los procedimientos de la OMS, que permitirán evaluar la producción de la Organización en relación con el presupuesto, el nivel de ejecución y los resultados previstos respecto de los fondos de toda procedencia.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Puntualidad del suministro de información	El 95% de los informes financieros para los donantes se presentan a tiempo Informe financiero preceptivo ultimado a final de marzo	100% 1 semana antes	100% Se consiguió en 2004.
Precisión de la información	100% de precisión y cumplimiento del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera	100% de precisión y cumplimiento del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera	100% de precisión y cumplimiento del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera
Aceptación de informes financieros puntuales y precisos por parte de los donantes	Informe financiero acorde con las necesidades concretas de los donantes, pero baja aceptación de los informes financieros estándar como sustitutos de informes especificados	Aumento de la aceptación de los informes financieros estándar por parte de los donantes	Progresos satisfactorios en cuanto al aumento de la aceptación del informe financiero estándar
Grado de aplicación de las recomendaciones de auditoría	100% de aplicación	100% de aplicación	100% de aplicación

Las actividades de vigilancia del presupuesto, contabilidad y presentación de informes financieros se llevaron a cabo de forma eficaz durante el bienio. Se lograron mejoras en cuanto a la presentación de informes a los donantes gracias a una estrecha colaboración con los representantes de éstos y a un mayor uso de formatos estándar. Se prepararon a tiempo los informes financieros pertinentes, en los que se proporcionó información financiera transparente sobre la actuación de la OMS. Todas las cuestiones de auditoría interna y externa planteadas durante el periodo se trataron de manera adecuada. Siguen haciéndose progresos en cuanto al suministro puntual de información financiera y a la presentación oportuna y eficaz de informes por parte de la dirección. Aunque se pusieron en práctica todas las recomendaciones de auditoría, algunas de ellas se aplicaron con bastante retraso. Es necesario reforzar los mecanismos de seguimiento financiero para que se puedan vigilar mejor esos retrasos e informar al respecto.

Se habrán administrado eficazmente los recursos financieros de la Organización, dentro de parámetros aceptables de liquidez y riesgo, a fin de aprovechar al máximo su potencial.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Nivel de ingresos devengados por los activos en comparación con el nivel de referencia aceptado	Rendimiento efectivo en 2002-2003 con respecto al nivel de referencia	Superar el nivel de referencia	Rendimiento general acorde con el nivel de referencia, si bien los fondos a corto plazo se situaron un 0,4% por debajo de ese nivel y los fondos a largo plazo, ligeramente por encima.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Eficiencia de las operaciones bancarias	Cargos bancarios efectivos en 2002-2003 Exactitud de las cantidades abonadas en las cuentas bancarias	Reducir los cargos bancarios 100%	Meta alcanzada, y los pagos a los beneficiarios se efectuaron correcta y puntualmente. 100%
Protección eficaz contra el riesgo cambiario relacionado con las principales monedas - que no sean dólares de los EE.UU. - en que se realizan los gastos, mediante la aplicación de una estrategia de cobertura	Tipos de cambio efectivos de las Naciones Unidas durante el bienio	Utilizar a los efectos de la presupuestación los tipos de cambio previstos en los gastos estándar	Ganancias de US \$30 millones gracias a la cobertura del riesgo cambiario, lo que permitió subsanar en gran medida la diferencia entre los tipos de cambio efectivos y los previstos en el presupuesto.

Se obtuvo un buen rendimiento de la gestión del superávit de liquidez, debido al intervalo de tiempo transcurrido entre la recepción de los fondos de los donantes y la ejecución de esos fondos y a reservas financieras a largo plazo como la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal. La vigilancia del rendimiento y la contabilidad de las inversiones y de la presentación de informes al respecto, a cargo del custodio mundial, se llevó a cabo satisfactoriamente. Los ingresos derivados de las inversiones ascendieron en total a US\$ 70 millones en el bienio, por lo que el porcentaje global de rendimiento fue acorde con el nivel de referencia. El rendimiento de las inversiones a corto plazo con respecto al parámetro de referencia (tasa LIBOR en dólares EE.UU. a tres meses) se vio negativamente afectado por el hecho de que, por razones estratégicas, esto es, para garantizar un nivel mínimo de beneficios derivados de inversiones, se adoptó un perfil de vencimientos de las inversiones ligeramente más largo que el de referencia. Eso hizo que la OMS tardara algo más en cosechar los beneficios dimanantes de la rápida subida de los tipos de interés a corto plazo del dólar EE.UU. en 2005. Las medidas de protección cambiaria hicieron que se generara un flujo de efectivo de US\$ 30 millones para contrarrestar los efectos del debilitamiento del dólar en el valor del presupuesto ordinario. La utilización de un servicio de banca por Internet en algunas oficinas regionales y de país permitió que los pagos a los beneficiarios se efectuaran con mayor rapidez y menores gastos bancarios. Asimismo, gracias al empleo de un nuevo sistema de pago bancario en la Sede se pudieron centralizar numerosos pagos que antes se realizaban a través de las oficinas en los países, lo cual ha reducido la carga de trabajo de éstas.

Se efectuará una administración financiera eficaz y responsable de los contratos de proveedores, solicitudes de reembolso, sueldos de personal, derechos y prestaciones (incluidas las de los jubilados).

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Puntualidad y corrección de los pagos efectuados al personal y a los jubilados, de acuerdo con sus respectivos paquetes de remuneración y prestaciones, de los pagos a proveedores y contratistas, de conformidad con sus contratos respectivos, y de los reembolsos que se hagan conforme a las normas sobre los derechos a prestaciones	No establecido	No establecida	Pese a las grandes limitaciones de recursos, se han adoptado medidas normativas y de procedimiento para solucionar los retrasos en los pagos en concepto de viajes del personal en la Sede. Quedan por tratar algunas cuestiones en 2006-2007.

Los pagos al personal y los proveedores se tramitaron correctamente, pero se pueden seguir haciendo progresos para lograr una mayor eficiencia y reducir los atrasos, en particular por lo que respecta a la tramitación de las solicitudes de reembolso de gastos de viaje en la Sede.

Se habrán elaborado sistemas nuevos e integrados de gestión financiera y presentación de informes inspirados en normas y procedimientos empresariales modernos, que permitirán al personal de todos los destinos y todos los niveles el acceso a la información financiera que necesiten para alcanzar sus objetivos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Prueba y rechazo de los nuevos sistemas	Actuales sistemas financieros	Identificar e introducir mejoras concretas	Se introdujeron con éxito el sistema de comprobantes de contabilidad entre oficinas y el sistema de anticipos en las oficinas de país.
Servicios e información coherentes para todas las fuentes de financiación y todas las áreas de trabajo	Algunas diferencias entre los sistemas financieros empleados en las regiones y en la Sede Falta de regularidad en el suministro de información financiera sobre el terreno debido a las limitaciones de los sistemas	Eliminar las diferencias Mejorar la puntualidad de la información financiera sobre el terreno	Se desarrollaron y ultimaron nuevos procedimientos y políticas de contabilidad de los ingresos y los gastos. Se ha iniciado la labor normativa para establecer una fórmula uniforme de determinación de los gastos. Estas medidas contribuyen a la normalización de los sistemas y procedimientos en toda la Organización. Meta no alcanzada

Se llevaron a cabo algunas tareas preparatorias muy positivas de cara a establecer nuevas políticas y procedimientos financieros como base del proyecto de sistema mundial de gestión.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se automatizaron numerosas conciliaciones y transacciones contables que se realizaban manualmente, con objeto de mejorar la eficiencia y la precisión de las operaciones financieras (en particular, los sistemas de contabilidad de los anticipos utilizados en los países).
- La participación activa a nivel regional en los estudios, las evaluaciones y las consultas sobre el sistema mundial de gestión permitió sentar unas buenas bases para ese proyecto.
- Se coordinaron adecuadamente las auditorías interna y externa, y ninguna cuestión de auditoría importante había quedado pendiente al final del bienio.

Obstáculos

- La falta de capacidad para formar al personal en la aplicación de las normas y los procedimientos financieros de la OMS redujo la eficacia y la eficiencia, sobre todo a nivel de los países.
- Algunas deficiencias del sistema, como la falta de coherencia entre la contabilidad y la gestión de la información financiera y la falta de integración, por ejemplo de los sistemas sobre el terreno con los sistemas regionales y de la Sede, repercuten negativamente en la capacidad para preparar de forma puntual información para la gestión.
- En algunas oficinas sobre el terreno hay problemas de conectividad que retrasan las transacciones de registro.
- El incumplimiento por parte de algunas oficinas sobre el terreno de las políticas y procedimientos establecidos da lugar a la emisión errónea de documentos de obligaciones.
- Las fluctuaciones de los tipos de cambio provocaron variaciones importantes entre los gastos de personal y de otro tipo previstos inicialmente y los realizados efectivamente en dólares; aunque esas fluctuaciones se compensan a nivel macroeconómico mediante la cobertura cambiaria, a nivel de la ejecución de los programas se producen distorsiones entre los recursos efectivos y los presupuestados, lo que a su vez distorsiona los informes de gestión.

- Las limitaciones de recursos ejercieron presión sobre determinadas funciones contables en algunas oficinas (por ejemplo, las cuentas personales de los funcionarios) e impidieron que se registraran mejoras en la presentación de informes y la vigilancia de la ejecución del presupuesto.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Establecer planes de trabajo realistas es importante y contribuye a mejorar la ejecución del presupuesto. Así pues, se dedicó más tiempo a la elaboración del plan de trabajo para 2006-2007.
- El proyecto del sistema mundial de gestión avanzó lentamente en 2004-2005, pero progresará a mayor ritmo en 2006-2007. Se están haciendo importantes esfuerzos para aclarar y mejorar la delegación de atribuciones, que se verá facilitada por el nuevo sistema.
- Se seguirán transfiriendo recursos y competencias de la Sede a las regiones y los países. Por consiguiente, será necesario crear capacidad, es decir, disponer de personal adicional y con mayor preparación.
- Es importante seguir presentando todos los meses un informe sobre la situación de la ejecución de los fondos de toda procedencia, con el fin de garantizar la rápida ejecución de los proyectos financiados por donantes.
- Asimismo, es importante que se mantenga la coordinación entre todos los funcionarios encargados de la aprobación de acuerdos y la recepción y el registro puntuales de los fondos voluntarios para facilitar la pronta ejecución de los proyectos.
- Debe existir un sistema integrado de gestión financiera bien planificado y coordinado con todas las partes antes de llevar a cabo actividades. Así pues, se seguirá tratando de mejorar la comunicación y la coordinación con los clientes, a fin de garantizar la transparencia, la eficacia y la eficiencia de las operaciones.
- Impartir formación al personal de los países y las regiones sobre las normas y los procedimientos financieros es una actividad sumamente importante que se debe llevar a cabo de forma continuada. Por lo tanto, se seguirán preparando módulos de formación, a fin de que un número mayor de funcionarios de las dependencias técnicas y las oficinas de la OMS en los países y regionales reciban capacitación financiera y contable básica.
- Es necesario que los pagos al personal y los proveedores se realicen en plazos más breves, lo cual será posible con la mejora de los sistemas y los cambios de las normas empresariales que se introducirán en relación con el sistema mundial de gestión.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		43 841	21 363	22 296	43 659
Porcentaje	países	0	0	0	0
	regiones	40	45	35	40
	mundo	60	55	65	60

SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA Y DE INFORMÁTICA

Objetivo(s) de la OMS

Garantizar el acceso a un apoyo oportuno y eficaz de infraestructura, adquisiciones y logística para facilitar la ejecución de los programas técnicos en todos los niveles de organización.

Proporcionar un entorno de tecnologías de la información y las comunicaciones que esté bien administrado y responda a las necesidades de todos los usuarios.

Indicadores y logros

Idoneidad, relación costo-eficacia y fiabilidad de los servicios de apoyo de infraestructura y logístico en todos los niveles organizacionales. Los servicios prestados durante todo el bienio fueron fiables y rápidos, y se siguieron haciendo esfuerzos para que continuaran mejorando.

Aumento de la proporción de sistemas computarizados de uso común en las oficinas de la OMS que estén basados en planes estratégicos y operacionales mundiales aprobados. El número de sistemas comunes utilizados en la Sede y las oficinas regionales aumentó durante el bienio y se ampliaron las aplicaciones de los sistemas ya en funcionamiento; por ejemplo, hay sistemas para las adquisiciones, los viajes, la gestión del desempeño del personal y la contratación. La atención se ha centrado en el sistema mundial de gestión, al que se están asignando recursos con prioridad con respecto a otras áreas.

Logros principales

- Hubo una participación activa de toda la Organización en la labor relacionada con el sistema mundial de gestión, el proyecto de conectividad de los países, la seguridad de la tecnología de la información a nivel mundial, el sistema de la OMS de control de la identificación y el inventario de aplicaciones y productos de tecnología de la información de la OMS.
- Se ultimó la estrategia de conectividad de los países y se preparó el proyecto de estrategia mundial de la OMS sobre tecnología de la información y las comunicaciones, que está listo para ser sometido al examen de los Estados Miembros.
- Aumentó considerablemente el número de conexiones a la Red Privada Mundial, es decir, la red a nivel de toda la Organización.
- Se obtuvieron precios competitivos para los productos gracias al sistema de compra electrónica y a los catálogos de la OMS.
- Se mejoraron los sistemas de información sobre seguridad destinados a la localización del personal.
- Se lograron mejoras notables en los sistemas de tecnología de la información, por ejemplo, acceso a correo electrónico y servicio de telefonía para las personas que viajan, creación de espacios de trabajo virtuales, y seguridad para las aplicaciones de gestión del flujo de trabajo.
- La respuesta a las situaciones de emergencia, como inundaciones, terremotos, maremotos y enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes fue rápida y eficaz.
- En la Sede se crearon el Centro Estratégico de Operaciones Sanitarias y una zona de oficinas aneja, que se han utilizado ya en diversas crisis, en particular las de los terremotos y los maremotos del Océano Índico de diciembre de 2004.

Descripción de algunos logros

Como primera medida de cara a la adopción de un enfoque estratégico con respecto a la gestión y el mantenimiento de los bienes inmuebles de la OMS, se desarrolló un plan decenal de mejoras a nivel de toda la Organización, que abarca los trabajos de conservación, transformación, construcción y renovación que serán necesarios para mantener la viabilidad general, el buen estado físico y la seguridad de los edificios en los próximos 10 años. Una fase inicial de obras de construcción, en la que se terminó el nuevo edificio de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental (en 2005), fue muy importante para la Región del Pacífico Occidental en su conjunto. La segunda fase proseguirá en 2006 y en ella se acometerá la renovación del edificio original, el reacondicionamiento de las actuales instalaciones y la mejora de la vía de acceso.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrá mantenido un apoyo apropiado y costoeficaz a los servicios de infraestructura y logísticos para el buen funcionamiento y la seguridad de las oficinas establecidas.

Se habrá prestado apoyo continuo para la ejecución racional y sostenible de programas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Grado de satisfacción de todas las oficinas con respecto a las operaciones diarias atribuible a la prestación de servicios de apoyo de infraestructura fiables y eficaces	No se ha realizado una encuesta de satisfacción	Realizar una encuesta de satisfacción antes de finales de 2005	Se mantiene o ha mejorado el grado de satisfacción en la mayoría de las oficinas.
Tiempo mínimo de entrega de bienes entre el pedido y la llegada al país de destino	6 meses	4 meses	3,5 meses por término medio. La introducción del sistema de compra electrónica para hacer los pedidos en todas las oficinas regionales, la Sede y en numerosas oficinas de país ha hecho que se reduzca considerablemente el ciclo de adquisiciones.

El buen funcionamiento y la seguridad de las oficinas fijadas se garantizó, como estaba previsto, mediante verificaciones y revisiones periódicas de los sistemas aplicados y se respaldó con contratos de mantenimiento. Además, la conservación adecuada y regular de los locales y la mejora de las medidas de seguridad han contribuido en general a la seguridad y el buen aspecto de las oficinas regionales. Todavía hay falta de espacio de oficinas en las oficinas regionales de la OMS para África, las Américas, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, mientras que en la Sede, según una encuesta realizada entre el personal, la gestión del espacio de oficinas es motivo de preocupación e insatisfacción. El grado de satisfacción de los usuarios se evaluó sobre la base del número de quejas recibidas o mediante una encuesta entre el personal.

Se habrá prestado asistencia constante a los organismos deliberantes y a las reuniones técnicas mundiales, a través de la preparación eficaz y el apoyo logístico, incluida la distribución oportuna de documentos de la OMS.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Satisfacción de los Estados Miembros respecto de la eficiencia y eficacia de los servicios para las reuniones	No se ha realizado una encuesta de satisfacción	Realizar una encuesta de satisfacción	No se realizó una encuesta de satisfacción oficial. Sin embargo, los comentarios que se recibieron antes, durante y después de las reuniones indican que se sigue apreciando la labor de preparación y coordinación de las reuniones a nivel mundial, regional y nacional.

Las reuniones mundiales y regionales de los órganos deliberantes y las reuniones técnicas a todos los niveles de la Organización se prepararon con eficacia y celebraron sin tropiezos. También se proporcionaron instalaciones y servicios para otras reuniones importantes, como las relacionadas con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, la gripe aviar y la gripe humana pandémica y otros problemas sanitarios emergentes. En el caso de algunas reuniones, la distribución de los documentos se hizo más tarde de lo deseable, lo cual se debió en gran medida a que los documentos también se terminaron tarde debido al poco tiempo disponible para preparar la reunión. Los esfuerzos hechos por racionalizar los servicios de apoyo logístico efectuando una revisión crítica de los servicios prestados y publicando directrices, listas de verificación y calendarios han contribuido a contener los gastos. La realización de un examen exhaustivo de las prácticas de distribución de documentos permitirá reducir los costos de producción el próximo bienio.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Se habrán adquirido suministros de salud de máxima calidad al mejor precio para los programas técnicos y los Estados Miembros, utilizando mecanismos tales como acuerdos generales y formas de comercio electrónico para promover unas adquisiciones más autónomas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Volumen de adquisiciones directas efectuadas por todas las oficinas de la OMS mediante contratos negociados a nivel central, que reducen los costos unitarios (economías de escala)	No existe un mecanismo	Lograr que el 30% de las adquisiciones se realicen en virtud de contratos negociados a nivel central	Más del 40% de las adquisiciones a nivel de toda la Organización se realizaron en virtud de contratos negociados a nivel central.
Nivel de aumento de las adquisiciones reembolsables	US\$ 16 millones	Duplicar la cantidad de partida correspondiente a las adquisiciones reembolsables	Las adquisiciones reembolsables efectuadas en nombre de gobiernos, organizaciones no gubernamentales y organismos hermanos de las Naciones Unidas se han multiplicado por más de dos con respecto al bienio anterior.
Frecuencia de uso de los mecanismos disponibles en los países	12 000 pedidos hechos por las regiones y los países	Aumento de los pedidos hechos por las regiones y los países en un 25%	El aumento de las adquisiciones de los países y las regiones fue de un 30% después de que se diera acceso en línea a nivel mundial a los catálogos electrónicos de la OMS.

Se hizo lo posible a nivel de toda la Organización por adquirir suministros sanitarios de calidad a los mejores precios utilizando diversos mecanismos. Se han realizado importantes ahorros evitando gastos directos e indirectos. Las adquisiciones autónomas han aumentado en muchas oficinas regionales y de país gracias al empleo del sistema de compra electrónica de la OMS. El uso de los catálogos de la OMS ha hecho que aumenten los beneficios derivados de los acuerdos generales con proveedores regionales, lo que ha ampliado aún más el poder adquisitivo de la Organización.

Se habrán elaborado y ejecutado planes mundiales estratégicos y operacionales relativos a las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Adopción de planes estratégicos de tecnologías de información y comunicaciones relativos a las telecomunicaciones y los sistemas institucionales de la OMS, junto con los planes operacionales que se aplican en la Sede y en las oficinas regionales	No existe ninguna estrategia mundial de tecnología de la información y las comunicaciones. Todas las regiones tienen previsto preparar planes estratégicos de tecnología de la información y las comunicaciones.	Preparar planes estratégicos y operacionales y someterlos al examen de los órganos deliberantes	Se concluyó la labor relativa al proyecto de estrategia mundial de tecnología de la información y las comunicaciones de la OMS, con la colaboración de todas las oficinas regionales. El proyecto de estrategia está listo para ser presentado a los órganos deliberantes. La Oficina Regional para las Américas ha concluido el desarrollo de un proceso a nivel de toda la región para definir la estrategia regional de tecnología de la información.
Planes relativos a telecomunicaciones de emergencia aprobados e infraestructura existente en la OMS	No hay infraestructura ni planes de emergencia	Crear infraestructura y planes de emergencia en la Sede y en todas las oficinas regionales	Las oficinas regionales para las Américas y para Asia Sudoriental y la Sede cuentan con planes e infraestructura de emergencia.

En el bienio se ultimaron dos planes mundiales de tecnología de la información y las comunicaciones. El primero de ellos, la estrategia de conectividad de los países, ofrece el marco para la realización del proyecto de conectividad de los países. En virtud de ese marco, se conectó a 85 oficinas de país durante el bienio. El segundo, la estrategia mundial de tecnología de la información y las comunicaciones de la OMS, se encuentra todavía en fase de proyecto y está en espera de ser ratificado por un comité mundial de tecnología de la información y las comunicaciones que se creará en breve. En la Oficina Regional para Asia Sudoriental y la Sede se aplicaron planes de emergencia para la tecnología de la información y las comunicaciones con objeto de hacer frente a la situación creada por los terremotos y los maremotos en el Océano Índico. Por otra parte, la planificación de la prepa-

ración para la gripe aviar ha llevado a establecer planes para mejorar la conectividad de los países y a reforzar la capacidad de las autoridades para utilizar sitios web en caso de una pandemia. La Oficina Regional de la OMS para las Américas cuenta con planes e infraestructura de emergencia.

Se habrán establecido una red de comunicaciones y sistemas administrativos y técnicos que vincularán entre sí a las oficinas de la OMS, a fin de mejorar la colaboración y la coordinación mediante el intercambio de información.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Acceso seguro de las oficinas de la OMS a las bases de datos comunes	25 locales de la OMS conectados a la Red Privada Mundial	100 locales de la OMS conectados a la Red Privada Mundial	85 locales tienen ya conexión a la Red Privada Mundial de la OMS, la cual ofrece un canal de comunicación seguro para la transmisión de voz, vídeos y datos.
Intercambio electrónico de información financiera, administrativa y sanitaria entre las oficinas de la OMS	No establecido	No establecida	El proyecto de conectividad de los países está reforzando considerablemente la capacidad de muchas oficinas de los países para acceder a información de forma segura y fiable.

Ha avanzado la consolidación de un plan de continuidad de las operaciones de tecnología de la información y, tras celebrar negociaciones, se ha acordado que el UNICEF y la Oficina Regional para Europa se prestarán apoyo mutuo en caso de desastre en algún lugar. Constantemente se desarrollan o adquieren nuevas tecnologías y aplicaciones, por lo que se está prestando más atención a los enfoques mundiales de la OMS, de manera que el personal de las distintas oficinas pueda compartir su experiencia en cuanto a la transmisión de información en toda la Organización. A medida que los países van teniendo mayor conectividad gracias a la Red Privada Mundial, aumentan las oportunidades de utilizar sistemas para respaldar las operaciones en los países. Por ejemplo, en la Oficina Regional para África ahora se puede acceder a las cuentas financieras y personales a través de Internet. En la Sede y las oficinas regionales para África, las Américas y Asia Sudoriental cada vez es mayor el número de aplicaciones a las que se puede acceder por medio de Internet y la Intranet. La Oficina Regional para Asia Sudoriental ha creado una serie de sistemas de información para las oficinas regionales y de país, incluidos sitios web, y ha mejorado el sistema de gestión de las actividades para atender a sus necesidades. En la Sede y las oficinas regionales y de país la investigación se centró en SharePoint, un instrumento de trabajo en colaboración para que toda una serie de usuarios de la OMS y de fuera de la Organización agrupen información en diversos formatos. Por ejemplo, SharePoint se usa para los sitios web de la Alianza Alto a la Tuberculosis y el Servicio Mundial de Adquisición de Medicamentos como plataforma única que permite el seguimiento conjunto a nivel mundial de los pedidos, las adquisiciones y las facturas de medicamentos y las promesas de contribuciones. SharePoint se utiliza en muchos sitios web relacionados con la salud, por ejemplo sobre el VIH, para difundir material de diverso tipo y como instrumento de acopio de datos para los equipos radicados en la Sede que utilizan ese material para ofrecer mejor orientación e información actualizada a los colegas sobre el terreno.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- La orientación clara y el apoyo gestor para el desarrollo y la ejecución de proyectos e iniciativas.
- Los exámenes entre pares y la buena coordinación de los equipos en las oficinas y entre ellas.
- La motivación y la dedicación del personal.
- El alto grado de reconocimiento de la importancia de la tecnología de la información para facilitar la transformación estratégica a una organización discente basada en los conocimientos, y la colocación horizontal de la función de tecnología de la información en la estructura orgánica.

Obstáculos

- Las reducciones presupuestarias y los retrasos de la financiación mermaron el tiempo disponible para la ejecución prevista de los proyectos.
- El aumento de las responsabilidades y los cometidos, los limitados recursos humanos y la falta de preparación técnica en algunas esferas clave ejercieron una presión excesiva en los funcionarios.
- Los largos y engorrosos procesos de contratación.

- La falta de técnicas operacionales actualizadas limitaron la prestación de servicios.
- La división del personal y las funciones entre dos locales de la Oficina Regional para África.
- La infraestructura inadecuada de algunas oficinas.
- Los edificios viejos, que necesitan importantes obras de reparación, renovación y conservación; la falta de fondos para llevar a cabo esas obras hace que se adopten medidas incompletas y temporales que a la larga resultan más onerosas.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Habría que realizar una revisión de los servicios (tanto de los contratados como los no contratados) para garantizar su costo-eficacia en el próximo bienio. Asimismo, habría que contemplar la posibilidad de recurrir a la contratación externa como medio para reducir y controlar los gastos operacionales y mejorar el rendimiento.
- Para mejorar los servicios prestados habría que establecer y reproducir prácticas estándar para las tareas generales de administración. También es necesario que todos los niveles de la Organización participen activamente en los proyectos.
- La planificación consolidada de la tecnología de la información y las comunicaciones requiere el apoyo dinámico de los administradores superiores que no trabajan en esta esfera, los cuales deben orientar la priorización de los sistemas de operaciones en cada lugar de destino.
- La gestión mundial de la tecnología de la información y las comunicaciones y los procesos de apoyo contribuirán a aplicar la estrategia mundial de tecnología de la información y las comunicaciones, reducir la duplicación de tareas y estrechar los vínculos entre los equipos de la OMS encargados de la tecnología de la información y las comunicaciones.
- Deben proseguir las negociaciones con las principales líneas aéreas para ampliar las tarifas negociadas a las regiones y los países.
- Se debe seguir realizando una evaluación y un examen sistemáticos de los registros en todas las oficinas y dependencias para garantizar la aplicación de prácticas de registro eficaces y eficientes, almacenar de forma segura información importante y maximizar el uso del espacio.
- Es fundamental asegurarse de que los proyectos cuentan con suficientes recursos antes de iniciar su ejecución.
- Hay que mejorar y simplificar la producción y distribución de documentos.
- En el sistema de gestión de las actividades hacen falta planes de trabajo claros y concisos, que presenten las necesidades y limitaciones financieras de forma bien estructurada y comprensible y ofrezcan flexibilidad suficiente para responder a los constantes cambios de las prioridades.
- Hay que seguir tratando de establecer procedimientos más sencillos.
- Se deben prestar servicios de apoyo desde el primer momento de una respuesta a un desastre.
- La tecnología de la información y las telecomunicaciones deben ser elementos estratégicos de la elaboración de los planes generales de preparación.
- Se deben seguir haciendo inventarios del equipo y los servicios esenciales.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		174 715	90 915	99 232	190 147
Porcentaje	países	7	0	0	0
	regiones	32	42	36	39
	mundo	61	58	64	61

DIRECTOR GENERAL, DIRECTORES REGIONALES Y FUNCIONES INDEPENDIENTES**Objetivo(s) de la OMS**

Dirigir, inspirar y orientar a todas las oficinas de la OMS para que optimicen su contribución al logro de beneficios significativos para la situación sanitaria de los Estados Miembros, siguiendo las orientaciones estratégicas de la estrategia institucional, dentro del marco general de la Constitución de la OMS.

Indicadores y logros

Grado de ejecución de las actividades de todas las áreas de trabajo establecidas en el presupuesto por programas, reflejado en la evaluación de los resultados que se realiza al final del bienio. Según la evaluación de la ejecución efectuada al final del bienio, el porcentaje de resultados previstos a nivel de toda la Organización, respecto de los cuales se establecieron y alcanzaron las metas en su totalidad fue del 53% en 2004-2005, frente al 24% de 2002-2003.

Logros principales

- El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco entró en vigor el 27 de febrero de 2005. Al final de ese año, 115 Estados Miembros y la Comunidad Europea eran Partes Contratantes.
- Se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹ y se iniciaron conversaciones con los Estados Miembros sobre el cumplimiento voluntario de determinadas disposiciones.
- Desde mediados de 2005, la OMS ha venido alertando a los Estados Miembros del riesgo de que se desencadene una epidemia de gripe aviar que afecte al ser humano, si se produce una mutación del virus aviar a uno de tipo humano, y ha preparado un plan estratégico de acción frente a una pandemia de gripe.
- Se estableció el Centro Estratégico de Operaciones Sanitarias, que sigue prestando un importante apoyo en las labores de socorro de los terremotos y maremotos del Océano Índico, el terremoto del sur de Asia, la epidemia de gripe aviar, la crisis humanitaria de la región de Darfur en el Sudán y los brotes de fiebres hemorrágicas producidas por el virus de Ebola y de Marburgo.
- La estrategia «tres millones para 2005», lanzada en diciembre de 2003, contribuyó a triplicar el número de personas que recibe tratamiento contra el VIH en países de ingresos medios y bajos, y supuso un impulso fundamental para lograr el acceso universal al tratamiento antes de 2010, objetivo refrendado en la Cumbre del G8, celebrada en Gleneagles (Escocia) en julio de 2005 y por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sexagésimo periodo de sesiones en septiembre de 2005.
- Apareció un gran número de publicaciones importantes, tales como los informes sobre la salud en el mundo de 2004 y 2005, sobre temas como la prevención de las enfermedades crónicas² y la salud de la mujer y la violencia doméstica contra las mujeres, entre otros.³
- En cuanto a las novedades relacionadas con la puesta en marcha de alianzas figuran la creación de la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, la red de sanimetría, el mecanismo internacional de financiación para sufragar programas de inmunización y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
- Los Estados Miembros adoptaron varias estrategias clave, en particular la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud⁴ y la estrategia sobre salud reproductiva.⁵
- En 2004 fueron elegidos los directores para las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, y en 2005 se eligió a los directores para las regiones de África y de Europa. El Director General también nombró dos subdirectores generales en 2005.
- A finales de 2005, las contribuciones voluntarias ascendían a US\$ 1920 millones, lo que supone un aumento de US\$ 550 millones respecto del bienio anterior. Más del 63% de los fondos fue asignado a las regiones y los Estados Miembros.

¹ Resolución WHA58.3.

² *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

³ *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

⁴ Resolución WHA57.17.

⁵ Resolución WHA57.12.

Descripción de algunos logros

Como resultado de una colaboración eficaz entre los Estados Miembros y los asociados, y de la puesta en marcha de una estrategia bien dirigida por la OMS, a finales de 2005 el poliovirus autóctono únicamente seguía siendo endémico en cuatro países, mientras que en 15 de los 21 países re infectados la epidemia había logrado controlarse.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Se habrán aplicado las resoluciones y decisiones de los órganos deliberantes de la OMS.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Nivel de respaldo de los órganos deliberantes a los informes periódicos sobre la aplicación de las resoluciones y decisiones	Respaldo absoluto a todos los informes periódicos sobre la aplicación de las resoluciones y decisiones	Respaldo absoluto a todos los informes periódicos sobre la aplicación de las resoluciones y decisiones	Se respaldaron los informes de los Directores Regionales dirigidos a los comités regionales, y del Director General a los órganos deliberantes. Se adoptaron las resoluciones y decisiones de los órganos deliberantes, que han orientado la labor de la Organización

El presupuesto por programas 2006-2007 fue adoptado con un incremento del nivel presupuestario del 17% y un aumento del nivel de las contribuciones señaladas del 4%. Durante el bienio se adoptaron decisiones respecto del modo en que la Secretaría podría mejorar la información sobre los progresos realizados en la aplicación de las resoluciones y decisiones de bienios anteriores, y sobre los elementos básicos conexos que serían incluidos en las resoluciones presentadas a los órganos deliberantes, tales como los costos asociados.

Se habrá logrado una mayor coherencia y sinergia entre las tareas realizadas por las distintas partes de la Organización para ejecutar el presupuesto por programas.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Magnitud de la colaboración en la definición de los resultados previstos y los planes de trabajo y el uso de sistemas interorganizacionales en su ejecución	Colaboración desigual entre los distintos niveles institucionales en la definición de los resultados previstos y la realización de actividades conjuntas de planificación	Participación homogénea de las regiones y los países en la definición de los resultados previstos y la mejora de la colaboración en las actividades de planificación conjunta	El grado de colaboración en el proceso de elaboración del presupuesto por programas aumentó, lo que incluyó un examen colegiado, que gozó de la participación de las regiones y los países. La participación de los tres niveles de la Organización en la planificación conjunta del trabajo también mejoró en muchas de las áreas de trabajo, si bien no en todas.

Todas las oficinas regionales informaron de una mejora en la colaboración a la hora de preparar el presupuesto por programas y la planificación conjunta. La aplicación de procedimientos más eficaces dio lugar a una mayor coordinación entre los tres niveles de la Organización.

Se habrá dirigido atentamente la ejecución del programa; se habrá evaluado la repercusión de la labor de la Organización.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Alcance de las medidas emprendidas sobre la base de los exámenes estratégicos y las evaluaciones programáticas, temáticas y por países	No establecido	Mantener el contacto con la dirección a la hora de aceptar y aplicar las recomendaciones y las enseñanzas extraídas	La dirección aceptó las enseñanzas extraídas y las recomendaciones realizadas en las evaluaciones temáticas y por países, para su incorporación en los planes de trabajo.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Se habrá administrado de forma óptima la Organización a todos los niveles.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Frecuencia de aplicación de recomendaciones de las auditorías interna y externa	La mayoría de las recomendaciones eran aplicadas	Dar curso a las principales recomendaciones de forma satisfactoria	La Oficina de Servicios de Supervisión Interna vigila la situación de todas sus recomendaciones para asegurarse de que la dirección las aplica de manera efectiva o que el cuadro directivo superior asume el riesgo de no emprender acción alguna. La Oficina está satisfecha con el curso dado en general a las principales recomendaciones de la auditoría. Se informó de que la mayoría de las recomendaciones de los planes de trabajo de 2004 y de planes de trabajo anteriores fueron aplicadas; la Oficina examinó su eficacia y se hicieron auditorías.

Se habrá logrado proteger mejor la condición jurídica y los intereses de la Organización mediante actividades de asesoramiento y servicios jurídicos oportunos y precisos.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Capacidad de respuesta a las solicitudes de asesoramiento y servicios jurídicos, y frecuencia de aplicación de los consejos en los programas de la Organización	La capacidad de respuesta se veía negativamente afectada por la escasez de recursos humanos. La frecuencia de aplicación de las recomendaciones jurídicas era en general aceptable.	Mejorar la capacidad de respuesta en cuanto a plazos y precisión del asesoramiento	La situación de los recursos humanos mejoró con la contratación de dos asesores jurídicos, lo que se tradujo en servicios de asesoría jurídica más rápidos y precisos y una mayor tasa de aplicación en los programas.

Se facilitó y se prestó apoyo con gran eficacia al proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional, que, en consecuencia, fue adoptado en mayo de 2005.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		28 670	24 092	11 521	35 613
Porcentaje	países	0	2	0	1
	regiones	33	46	10	35
	mundo	67	52	90	64

PRESENCIA DE LA OMS EN LOS PAÍSES

Objetivo(s) de la OMS

Desempeñar las funciones esenciales de la OMS en los países, en consonancia con la estrategia institucional y haciendo particular hincapié en el papel de liderazgo y coordinación en materia de salud mundial, conforme a la Constitución de la OMS.

Indicadores y logros

- *Porcentaje de recursos de la OMS (personal y financiación) asignado para el desempeño de las funciones esenciales de la OMS en los países.* Según el epígrafe dedicado a esta área de trabajo en el presupuesto por programas para 2004-2005, el 5,6% de los recursos de la OMS se destinaron a reforzar las funciones esenciales de la Organización en los países.
- *Eficiencia y eficacia en la gestión del personal y la utilización de los recursos de la OMS, en relación con los resultados obtenidos en los países (determinadas mediante diversas actividades de seguimiento y evaluación en la Organización).* El 90% de las oficinas en los países utilizan las estrategias de cooperación en los países como medio de desempeñar las funciones esenciales de la OMS con eficiencia a nivel de país. Se han efectuado ocho evaluaciones del rendimiento en los países y en una región se han utilizado indicadores clave del desempeño con carácter experimental para evaluar el trabajo en los países.

Logros principales

- En mayo de 2005 se presentó en la 116ª reunión del Consejo Ejecutivo la política de atención centrada en los países.
- A finales de 2005, las estrategias de cooperación en los países habían sido ultimadas en 130 países y fueron utilizadas para preparar la planificación operacional de 2006-2007 y formular la estrategia institucional de la OMS.
- La delegación de atribuciones en los Representantes de la OMS aumentó en la mayoría de las regiones.
- Las 46 oficinas de la Región de África de la OMS se conectaron a la Red Privada Mundial.
- Tras la puesta en marcha del proceso de estrategia de cooperación en los países, todas las regiones desempeñaron las funciones esenciales de la OMS con más eficacia a nivel de país: en la Región de las Américas, se seleccionaron cinco países clave; en la Oficina Regional para Asia Sudoriental, se prepararon exámenes para todos los países y aumentó considerablemente la delegación de atribuciones en todos los Representantes de la OMS; en la Región de Europa, las estrategias de cooperación en los países se vincularon a la asistencia técnica, el trabajo en los países y las actividades relacionadas con el sistema de salud; en la Región del Mediterráneo Oriental se ultimaron 17 estrategias de cooperación en los países, que se utilizaron para fortalecer la presencia de la OMS a nivel de país; en la Región del Pacífico Occidental, se formularon las primeras estrategias de cooperación multipaís en estrecha colaboración con la Oficina Regional de Asia Sudoriental.

Descripción de algunos logros

En 2004, la Oficina Regional para África y la Sede elaboraron conjuntamente un marco para fortalecer la asistencia técnica de la OMS a los países, con el fin de contribuir a mejorar los resultados sanitarios de la Región de África. Ello dio lugar a la elaboración de un plan y un presupuesto para «un solo país». Tomando como base la experiencia adquirida en ese proceso, se puso en marcha un ambicioso programa destinado a desarrollar la capacidad de los equipos en los países para reestructurar cada uno de los 46 equipos de país de la OMS en la Región de África. En 2005, en un taller celebrado en Maputo, se decidió reforzar la planificación conjunta e innovadora en los tres niveles de la Organización con miras a alcanzar la cobertura universal y el acceso a servicios esenciales de salud en 13 países africanos.

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización

Armonización de las estrategias de la OMS y la asignación de recursos técnicos y financieros, incluida la dotación de personal en los países, con las estrategias de cooperación en los países.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Existencia de documentos analíticos que sirvan de base para la elaboración de la próxima estrategia institucional de la OMS, del programa general de trabajo propuesto y del proyecto de presupuesto por programas	Se efectuaron 92 estrategias de cooperación en los países. No se dispone de ningún análisis de las estrategias a nivel mundial	Ampliar el proceso de estrategia de cooperación en los países y garantizar que se lleva a cabo un análisis a nivel mundial	Se efectuaron 130 estrategias de cooperación en los países. Se llevó a cabo un análisis regional. Se utilizó un análisis mundial como base del Undécimo Programa General de Trabajo.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Programas de trabajo (2004-2005) para toda la OMS y proyecto de presupuesto por programas (2006-2007) que reflejen el apoyo técnico y los recursos financieros necesarios para poner en práctica las estrategias de cooperación en los países	Las estrategias de cooperación en los países no se utilizaban de forma sistemática en los programas de trabajo para 2004-2005 y el proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007	Lograr que la mayoría de los países utilicen las estrategias de cooperación en los países en la preparación de los programas de trabajo para 2004-2005 y en el presupuesto por programas para 2006-2007	Se utilizaron las estrategias de cooperación en los países como base en la elaboración de la mayoría de los programas de trabajo de las oficinas en los países para el bienio y en la preparación del presupuesto por programas 2006-2007.
Actividades de planificación de los grupos de tarea de la OMS en los países, sobre la base del programa de acción estratégica de la OMS, con arreglo a la estrategia de cooperación en los países, y teniendo en cuenta sus repercusiones para la Organización	La planificación de la plantilla de la OMS en los países no se ajustaba a las estrategias de cooperación en los países	Armonizar la planificación de la plantilla de la OMS a nivel de país con las estrategias de cooperación en los países cuando existan	La mayoría de las estrategias de cooperación en los países están dando lugar a una reestructuración de los equipos de los países. Todas las regiones han emprendido su ejecución.

Todos los programas de trabajo bienales se basan en la estrategia de cooperación en los países. Se ha emprendido la planificación conjunta entre los tres niveles de la Organización.

Desempeño eficaz de los equipos de la OMS en los países, particularmente con respecto al desarrollo de las capacidades nacionales.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Evaluaciones del desempeño de la OMS en los países con el fin de fortalecer los equipos en los países	Evaluación de mitad y final de bienio, si bien faltan partes de la evaluación del desempeño de la OMS en los países	Crear un marco para evaluar el desempeño de la OMS en los países	En 2005 se constituyó un grupo de trabajo interregional/Sede a fin de crear un marco para evaluar el desempeño de la OMS en los países.

A lo largo del bienio, las evaluaciones del desempeño en los países fueron efectuadas por la Oficina de Auditoría Interna y Supervisión en todas las regiones.

Sistemas de administración, comunicación y gestión eficaces para el trabajo de la OMS en los países.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Delegación de atribuciones formalmente documentada y marco de responsabilidad para todos los países en los que la OMS está presente	En la tercera reunión mundial de Representantes y Oficiales de Enlace de la OMS, los Representantes de la OMS informaron de que la delegación de atribuciones era insuficiente.	Aumentar la delegación de atribuciones en todas las regiones	La delegación de atribuciones programática y financiera en los Representantes de la OMS aumentó considerablemente en la mayoría de las regiones. La OMS dispone de un marco de responsabilidad.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Análisis de las revisiones en materia de gestión realizadas en las oficinas en los países, en particular en las que cuentan con numerosos elementos operativos	No se dispone de ningún análisis	Efectuar exámenes en la mayoría de las oficinas en los países	Se efectuaron evaluaciones por países en 4 regiones.
Número de oficinas en los países que se pueden mantener regularmente comunicadas con las oficinas regionales y la Sede a través de la Red Privada Mundial de la OMS e Internet	4 oficinas de país y 6 regionales estaban conectadas a la Red Privada Mundial	Aumentar el número de países con acceso a la Red Privada Mundial y lograr la cobertura plena en la Región de África	Las 6 oficinas regionales y 85 oficinas en los países se conectaron a la Red. Otras 56 oficinas en los países más están en fase de implantación. Hay equipos de videoconferencia en las 6 oficinas regionales. La mayoría de las oficinas en los países tienen su propio sitio o página web en los sitios web de las oficinas regionales.

En la Región de las Américas se efectuaron evaluaciones sistemáticas de mitad y final de bienio de todas las oficinas en los países y de los programas técnicos, que incluyeron los aspectos relativos a la gestión. En la Región de África, el examen de la gestión de las oficinas de Angola y de Nigeria se vinculó al proceso de reestructuración. En la Región del Mediterráneo Oriental, se creó y utilizó una base de datos de las evaluaciones de las oficinas en los países.

En la Oficina Regional para Asia Sudoriental aumentó la delegación de atribuciones en los Representantes de la OMS, lo que incluyó la contratación de personal por larga y corta duración para las oficinas en los países y la realización de acuerdos para la ejecución de trabajos por un límite máximo de US\$ 50 000. En la Región de Europa, aumentó la delegación de atribuciones en varias oficinas en los países, en función de su capacidad.

Todos los Representantes de la OMS fueron incluidos en el Programa de Liderazgo Mundial de la OMS.

Disponibilidad en los países de información fiable y actualizada sobre cuestiones de salud para el personal de la OMS y demás interesados en contribuir al logro de los objetivos nacionales de salud y desarrollo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Existencia de centros de documentación eficaces en las oficinas de la OMS en los países, basados en las normas bien definidas de la OMS, que permitan el acceso virtual a la información	No establecido	No establecida	Una gran mayoría de las oficinas en los países cuenta con un centro de documentación, una biblioteca o una base de gestión de conocimientos establecidas según las normas de la OMS.

En la Región de África, casi todos los países administran bibliotecas azules. La Red Privada Mundial, que en la actualidad engloba a todos los países, proporciona un acceso virtual a más información. La mayoría de las oficinas en los países de la Región de las Américas cuenta con centros de documentación y páginas web que facilitan el acceso virtual a información a través de la Biblioteca virtual en salud. En la Región del Mediterráneo Oriental, las oficinas en los países tienen acceso a bases de datos y a bibliotecas y documentación virtuales a través de la Intranet de la Oficina Regional y del portal del Departamento de Planificación, Vigilancia y Evaluación de Programas.

Apoyo a los componentes de salud de las estrategias nacionales de desarrollo, reducción de la pobreza y socorro y respuesta frente a emergencias, mediante claras políticas operacionales sobre la participación de la OMS en la coordinación de la cooperación para el desarrollo en mecanismos como la evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Indicador	Punto de partida	Meta	Logro
Existencia de orientación de la OMS sobre diferentes tipos de procesos y mecanismos de coordinación destinados a desarrollar la cooperación a nivel de país	Nota de orientación de 2003 sobre el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; directrices sobre la programación conjunta de las Naciones Unidas para 2004; no había ningún documento de propuesta sobre la adopción de enfoques sectoriales, las estrategias de reducción de la pobreza, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las Naciones Unidas	Enviar a las regiones una nota de orientación revisada de la OMS sobre los procesos relativos al Fondo Mundial en los países. Preparar y enviar a las regiones un documento de posición de la OMS sobre enfoques sectoriales	En colaboración con otras unidades técnicas pertinentes, se elaboró un conjunto de instrumentos y directrices destinadas a mejorar el apoyo prestado por la OMS a las estrategias nacionales de desarrollo y a otros procesos de coordinación. Entre esos instrumentos figuran un documento de orientación sobre actividades relacionadas con el Fondo Mundial en la OMS; <i>WHO harmonization and alignment: key resources</i> ; una guía sobre el papel de la Organización en las estrategias de alcance sectorial para el desarrollo sanitario.
Existencia de un cuadro interregional y nacional de personal capacitado que preste asistencia activa al desarrollo de las capacidades nacionales en materia de mecanismos y procesos de coordinación relacionados con la salud a nivel nacional e internacional	No había ningún cuadro interregional o nacional de personal capacitado	Iniciar un proceso para el desarrollo de capacidad del personal de las oficinas en los países en todas las regiones	Se utilizaron estrategias de cooperación en los países para una mejor adecuación y armonización de las prioridades y las estrategias sanitarias nacionales (por ejemplo, las estrategias de lucha contra la pobreza) con los objetivos de las Naciones Unidas y otros asociados para el desarrollo. La OMS participó activamente en 71 actividades de estrategia de lucha contra la pobreza. El 85% de las oficinas en los países participaron en el proceso del sistema de evaluación común para los países/Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (CCA/MANUD).

La OMS ha contribuido plenamente al proceso de reforma de las Naciones Unidas como miembro del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y está participando en sus grupos de trabajo. En la cuarta reunión de la red de la unidad de apoyo a los países se acordó una estrategia para desarrollar la capacidad de los equipos en los países como parte del programa de armonización y alineación. La información del Grupo de Desarrollo sobre el proceso CCA/MANUD ha sido ampliamente distribuida y difundida a través de las oficinas regionales.

Factores de éxito y obstáculos

Factores de éxito

- Se creó un entorno propicio gracias a una mejor comunicación y coordinación entre los tres niveles de la Organización.
- Se establecieron orientaciones claras en las directrices regionales.
- Se prestó apoyo financiero a la red de la unidad de apoyo a los países.
- Hubo una firme voluntad de apoyar a los países.

Obstáculos

- Falta de fondos suficientes, en particular para estructurar adecuadamente la presencia de la OMS en los países como mecanismo fundamental para fortalecer los sistemas nacionales de salud.
- La existencia de procedimientos administrativos lentos y demasiado complicados impidieron un funcionamiento eficiente.
- La delegación de atribuciones técnicas y administrativas fue escasa.
- La evaluación del desempeño y el marco de rendición de cuentas fueron deficientes.

Enseñanzas extraídas en 2004-2005 y su aplicación en 2006-2007

- Es preciso que haya un compromiso político del personal directivo para mejorar el apoyo para la cooperación técnica en los países.
- El proceso de estrategia de cooperación en los países aporta los conocimientos y la comprensión adecuados de las necesidades y prioridades sanitarias de cada país; cuando se adopta y aplica en toda la Organización se convierte en un eficaz instrumento de colaboración con los Estados Miembros y con los asociados clave en pro del desarrollo sanitario.
- Asegurar que hay un nivel apropiado de recursos para fortalecer la presencia en los países y el desarrollo de capacidad, en consonancia con las estrategias de cooperación en los países es una buena inversión. Ello permite una comunicación y una colaboración adecuadas con todos los asociados, una coordinación eficaz de las actividades de la OMS y aglutina a todos los niveles de la Organización.
- Acentuar la importancia del marco de los sistemas de salud en la labor de colaboración de la OMS en los países proporciona una sólida plataforma para prestar asesoramiento técnico y permite comprender mejor el papel de otros actores sanitarios nacionales e internacionales.
- La mejora de las telecomunicaciones aumenta la eficiencia del trabajo en los países.

Durante 2006-2007, las enseñanzas extraídas en el bienio anterior se aplicarán en particular a los siguientes aspectos:

- promover un nivel adecuado de recursos para fortalecer la presencia de la OMS en los países;
- ampliar el proceso de estrategia de cooperación en los países;
- mejorar la comunicación entre las oficinas regionales con el fin de intercambiar experiencias, lecciones extraídas y buenas prácticas mediante el desarrollo y la utilización de un portal de la red de países.

Presupuesto aprobado y gasto efectivo

		Presupuesto aprobado	Gasto efectivo		
			Presupuesto ordinario	Otras procedencias	Total
Total 2004-2005 (en miles de US\$)		148 630	134 267	27 167	161 434
Porcentaje	países	92	96	60	90
	regiones	5	2	29	6
	mundo	3	2	11	4

VARIOS

COBERTURA DEL RIESGO CAMBIARIO

Objeto Cuando la 54ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2002-2003, adoptó también un nuevo mecanismo de cobertura del riesgo cambiario en sustitución del antiguo mecanismo de compensación cambiaria.¹ Este nuevo mecanismo cumple las disposiciones del nuevo artículo 4.4 del Reglamento Financiero, que establece que ... *El propósito del mecanismo será posibilitar el mantenimiento del nivel del presupuesto, de modo que las actividades que el presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud represente puedan llevarse a cabo independientemente del efecto de cualesquiera fluctuaciones de las monedas frente al dólar de los Estados Unidos al tipo de cambio oficial de las Naciones Unidas.* ... Se propone que se siga un procedimiento similar para el bienio 2004-2005, tanto en lo concerniente al presupuesto regular como a la parte correspondiente a otras fuentes representada por la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios.

Resultados previstos	Indicadores y logros
<p>El presupuesto ordinario y la parte correspondiente a otras fuentes representada por la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios se habrán protegido contra los efectos de la fluctuación de las monedas extranjeras, de manera que los niveles presupuestarios aprobados puedan ejecutarse ya sea completamente o en la mayor medida de lo posible, independientemente de los efectos de las fluctuaciones con respecto al dólar de los Estados Unidos.</p>	<p><i>Pertinencia de las disposiciones del presupuesto para permitir la cobertura del riesgo cambiario de manera tal que la ejecución de los programas conexos propuesta no se vea limitada como consecuencia de una fluctuación adversa de los tipos de cambio. Las medidas de protección contra el riesgo cambiario ocasionaron un flujo de efectivo de US\$ 30 millones para contrarrestar los efectos de la debilidad del dólar en el valor del presupuesto ordinario.</i></p>

Las ganancias atribuibles a la cobertura del riesgo cambiario, que ascendieron a US\$ 30 millones, prácticamente permitieron cubrir el déficit entre el tipo de cambio efectivo y el tipo de cambio presupuestario.

FONDO PARA LA GESTIÓN DE BIENES INMUEBLES

Objeto El Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles fue establecido por la 23ª Asamblea Mundial de la Salud² con el fin de suministrar fondos para la adquisición de terrenos y edificios, la realización de obras principales de reparación y reforma de los edificios de oficinas de la Organización, y el mantenimiento, reparación y remodelación de las viviendas de algunos funcionarios. De conformidad con el Reglamento Financiero revisado y a fin de incrementar la transparencia de las operaciones inmobiliarias de la Organización, el presupuesto ordinario abarca ahora la financiación del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, que anteriormente se hacía directamente con cargo a Ingresos Varios (antiguamente Ingresos Ocasionales).

Resultados previstos	Indicadores y logros
<p>Se habrán proporcionado espacios de oficinas y viviendas para el personal, cuando proceda, funcionales en relación con los costos, y con niveles de seguridad aceptables.</p>	<p><i>Finalización de la construcción y las obras de mantenimiento, de conformidad con los planes y calendarios pertinentes. Se cumplieron los planes de mantenimiento a corto plazo y se sometió una estrategia para elaborar un plan decenal de mejoras a la aprobación del Consejo Ejecutivo en su 117ª reunión.³</i></p>

Entre los proyectos de construcción y renovación emprendidos durante ese periodo figuran la ampliación de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental y el acondicionamiento del sistema de aire acondicionado de la Oficina Regional para Asia Sudoriental. En la Sede se efectuaron importantes trabajos de reparación al sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado y se hicieron algunas reformas en las oficinas regionales para las Américas y para Europa.

¹ Resolución WHA54.20, sección A.

² Resolución WHA23.14.

³ Documento EB117/18.

FONDO PARA LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

Objeto En 2001 la Directora General estableció el Fondo para la Tecnología de la Información de conformidad con el artículo 9.3 del Reglamento Financiero, con el fin de cubrir la necesidad de la Organización en lo concerniente a un sistema mundial de gestión. En virtud del artículo 3.2 del Reglamento Financiero, se propone incluir en el Fondo para la Tecnología de la Información una suma que refleje las contribuciones previstas del presupuesto ordinario y se consigne en el proyecto de presupuesto por programas para el bienio 2004-2005.

Resultados previstos	Indicadores y logros
<p>Se habrán evaluado soluciones alternativas para satisfacer los requisitos de los sistemas, definidos en función de las necesidades de los usuarios y sobre la base de procesos de trabajo simplificados.</p>	<p><i>Concertación de contratos sobre la base del cumplimiento de los requisitos.</i> Se adjudicaron dos contratos importantes que cumplían los requisitos establecidos. El primero, para el suministro de programas informáticos comerciales para el sistema mundial de gestión, permitirá que todo el personal de la OMS utilice el sistema y garantiza la protección de precios hasta 2013. El segundo es un contrato de ejecución, cuya vigencia se extiende a lo largo de la vida útil del proyecto e incluye la implantación del sistema hasta que haya finalizado en todo el mundo.</p> <p><i>Número de elementos personalizados que se emplean en función de las necesidades identificadas.</i> En el sistema mundial de gestión se atribuye especial importancia a la simplificación y armonización de los procesos de toda la Organización, con el fin de reducir al mínimo su personalización. En 2006 se determinará la medida en que será necesaria la personalización.</p>
<p>Se habrá establecido y ejecutado un plan detallado para aplicar la solución o soluciones escogidas, con arreglo a funciones, responsabilidades y calendarios claramente definidos.</p>	<p><i>Consecución sucesiva de los objetivos principales de los proyectos.</i> Se han alcanzado los principales objetivos con relación al establecimiento de la estructura, la gobernanza, los equipos y los planes de proyecto; la cartografía de los procedimientos existentes y el establecimiento de la orientación futura; y la concertación de contratos con proveedores de programas informáticos comerciales y asociados encargados de la ejecución.</p>

El proyecto tiene por objeto facilitar la reforma de la gestión y mejorar la eficacia administrativa. Se han definido la orientación futura, los indicadores clave de desempeño y los cambios previstos; se ha determinado la estructura de los proyectos y el sistema de gobernanza, y se ha contratado a los equipos de proyecto. La estructura consta de una junta de proyecto y un comité de usuarios; también se cuenta con la participación de las regiones a fin de responder a las necesidades funcionales y técnicas a todos los niveles de la Organización. Se elaboró un plan de proyecto, se cartografiaron los procedimientos en vigor y se inició la fase de definición de proyecto. El contrato de adquisición de programas informáticos comerciales fue adjudicado mediante un proceso de comparación, examen y negociación. Si bien ese proceso llevó más tiempo de lo previsto, el contrato derivado del mismo goza de una estructura flexible de régimen de licencias que abarca a toda la organización, permite el uso del sistema en todo el mundo y garantiza la protección de precios hasta 2013. Se realizaron pruebas a fin de determinar posibles deficiencias en los programas informáticos que pudieran impedir que se atendiera a las necesidades futuras. Las negociaciones celebradas con una entidad asociada encargada de la ejecución se tradujeron en un contrato de precio fijo que tendrá en cuenta las necesidades de la Organización a lo largo de la vida útil del proyecto e incluye la implantación del sistema hasta que haya finalizado en todo el mundo.

FONDO PARA CUESTIONES DE SEGURIDAD

Objeto De conformidad con el artículo 9.3 del Reglamento Financiero, la Directora General estableció el Fondo para Cuestiones de Seguridad con miras a financiar durante 2002-2003 la participación de la OMS en la financiación de los gastos de las medidas de seguridad sobre el terreno del sistema de las Naciones Unidas. Conforme al concepto de presupuesto bruto, previsto en el artículo 3.2 del Reglamento Financiero, este rubro se ha incluido en el proyecto de presupuesto por programas para 2004-2005.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2004-2005 – EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Resultados previstos
Se habrán instalado en la OMS sistemas fiables de seguimiento de cuestiones relativas a la seguridad en todos los lugares donde trabajen funcionarios de la Organización.
Se habrá capacitado a un mayor número de funcionarios de la OMS en lo concerniente al sistema de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas y la seguridad personal.
Se habrá proporcionado apoyo eficaz para asegurar que todas las oficinas de la OMS en los países cumplan las normas mínimas de seguridad en el trabajo establecidas por el Coordinador de Medidas de Seguridad de las Naciones Unidas.

Indicadores y logros
<i>Oportunidad de la respuesta ante incidentes que afecten a la seguridad.</i> La capacidad de respuesta mejoró gracias al fortalecimiento de la seguridad del personal en la Sede y en la mayoría de las regiones. No obstante, la capacidad de ofrecer una respuesta adecuada sigue viéndose obstaculizada por la falta de notificación de incidentes cuando se producen.
<i>Grado de cumplimiento con los procedimientos de seguridad en los países.</i> En los países, los Representantes de la OMS y su personal siguen sin cumplir del todo los procedimientos de seguridad. En 2006-2007, se hará un mayor esfuerzo para informar mejor a los Representantes a través de reuniones regionales y visitas a los países. Cabe esperar que la introducción de un marco de rendimiento de cuentas dé lugar a mejoras.
<i>Grado de cumplimiento con las normas mínimas de seguridad en el trabajo.</i> La falta de recursos dificulta el cumplimiento. En 2006-2007 se llevará a cabo un estudio que permita definir las necesidades y los recursos necesarios.

La OMS contribuyó con US\$ 6,6 millones al departamento de seguridad y vigilancia de las Naciones Unidas para sufragar los gastos derivados de la aplicación de medidas de seguridad sobre el terreno, la participación en el sistema de gestión de la seguridad del personal de las Naciones Unidas y la prestación de apoyo a los proyectos de formación y formulación de políticas. Se organizaron varios cursos de formación en la Sede, las regiones y los países. En la Sede se simplificaron los procedimientos de acreditación de seguridad y la OMS colaboró con el departamento de seguridad y vigilancia de las Naciones Unidas en la elaboración de un sistema para mejorar la eficacia a todos los niveles. Se dio prioridad a la seguridad de los equipos que estuvieran desplegados u operasen sobre el terreno, a las misiones de evaluación de la seguridad y a la gestión de la capacidad de seguridad de reserva.

COBERTURA DEL RIESGO CAMBIARIO

Presupuesto por programas aprobado frente a gasto (en miles de US\$)

Presupuesto por programas aprobado
20 000

Gasto efectivo
14 550

FONDO PARA LA GESTIÓN DE BIENES INMUEBLES

Presupuesto por programas aprobado frente a gasto (en miles de US\$)

Presupuesto por programas aprobado
6 000

Gasto efectivo
11 851

FONDO PARA LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

Presupuesto por programas aprobado frente a gasto (en miles de US\$)

Presupuesto por programas aprobado
35 000

Gasto efectivo
41 943

FONDO PARA CUESTIONES DE SEGURIDAD

Presupuesto por programas aprobado frente a gasto (en miles de US\$)

Presupuesto por programas aprobado
9 000

Gasto efectivo
19 215